

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

VESTIR E DESPIR IDOSOS: UM CUIDADO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

DRESSING IN OLD AGE: A REHABILITATION NURSING CARE

Dissertação orientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Martins
e coorientada por
Mestre Rute Salomé da Silva Pereira

Ana Filipa da Silva Ferreira
Porto, 2020

“Para mim, a vida é tudo menos uma chama fugaz. É uma espécie de magnífica tocha ardente que empunho neste momento e que eu quero que brilhe o mais possível antes de a passar às gerações futuras”

George Bernard Shaw

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins pela orientação deste estudo, por todo o conhecimento, compreensão e disponibilidade.

À Rute, antes de tudo, por acreditar em mim, também pela motivação constante, pelo rigor, pela disponibilidade e, sobretudo, pelo modelo que é para mim, de pessoa e de enfermeira.

Às instituições, colaboradores, responsáveis e idosos que participaram neste estudo e o tornaram possível.

A todos os professores e colegas que participaram na conceção do estudo original e no processo de recolha de dados, sem dúvida essenciais para a concretização deste estudo.

Ao Centro Social Senhora do Calvário, minha primeira casa profissional, que despertou em mim a consciência que um envelhecimento bem acompanhado representa de facto uma oportunidade de viver melhor.

À minha equipa do Piso 9 do IPO do Porto, pelo interesse, incentivo e colaboração neste estudo e na minha construção enquanto enfermeira.

À Carla, pela amizade em todos os momentos, pela discussão de ideias e por me orientar de volta ao meu caminho quando preciso.

Ao Carlos, pelo entusiasmo de todos os dias, pelo exemplo de autoliderança que é para mim, e por me ajudar a manter a calma e a confiança neste percurso.

À minha família, por acreditarem em mim em qualquer circunstância e pelo amor de sempre.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARN - Association of Rehabilitation Nurses

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ERPI - Estrutura Residencial para Idosos

FADA - Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado

IBM - International Business Machines Corporation

MNA - Mini Nutritional Assessment

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PCC - População, Conceito, Contexto

VNF - Vila Nova de Famalicão

RESUMO

Introdução: O envelhecimento demográfico acarreta um desafio social que merece a atenção especializada da enfermagem de reabilitação. Os idosos institucionalizados apresentam elevados níveis de dependência. Há ainda um caminho a percorrer no aprofundamento do conhecimento científico e na melhoria da eficácia das intervenções que promovem a independência. Este estudo tem como objetivos caracterizar os idosos institucionalizados, descrever as dificuldades que têm para vestir-se e despir-se, e relacionar essas características e dificuldades.

Metodologia: Este estudo integra-se no estudo original Mais Saúde Famalicão, desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Enfermagem do Porto e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão. Trata-se um estudo descritivo, exploratório, transversal. Foi utilizada uma amostra de conveniência, constituída por 200 idosos integrados em estruturas residenciais para idosos do município. A recolha de dados ocorreu com recurso a entrevistas dirigidas, com base num formulário desenvolvido para o estudo original e no qual se incluiu o Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado.

Resultados: Os idosos institucionalizados de Vila Nova de Famalicão apresentam, na sua maioria, algum nível de dependência para vestir-se e despir-se. Para escolher as roupas, são, sobretudo, completamente independentes; para vestir a parte inferior do corpo, abotoar as roupas, usar cordões para amarrar e calçar as meias, necessitam, em maior número, de ajuda de pessoa. Esta dependência para vestir-se e despir-se tem relação estatisticamente significativa com o IMC, medo de cair, patologias crónicas e restantes dimensões do autocuidado.

Conclusão: A presença de enfermeiros de reabilitação em estruturas residenciais para idosos é imprescindível já que o autocuidado é o foco da sua intervenção e estes têm competências específicas para intervir nas variáveis que se relacionam com a dependência e independência, nomeadamente para vestir-se e despir-se.

Palavras-chave: Enfermagem em reabilitação; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Atividades de Vida Diária; Vestir-se e despir-se; Idoso

ABSTRACT

Introduction: The demographic aging brings a social challenge that deserves the specialized attention of the rehabilitation nursing. The institutionalized elderly present high levels of dependence. There is still a long way to go in the deepening of the scientific knowledge and in the improvement of the effectiveness of the interventions that promote independence. This study has as objectives to characterize the institutionalized elderly, to describe the difficulties that they have to dress and undress, and to relate these characteristics and difficulties.

Methodology: This study is part of the original study “Mais Saúde Famalicão”, developed in partnership by Escola Superior de Enfermagem do Porto and the municipality of Vila Nova de Famalicão. It is a descriptive, exploratory, transversal study. A convenience sample was used, consisting of 200 elderly people integrated in residential structures for the elderly in the municipality. Data collection took place through targeted interviews, based on a form developed for the original study and in which the Self-Care Dependency Assessment Form was included.

Results: The institutionalized elderly of Vila Nova de Famalicão present, in their majority, some level of dependence to dress and undress. To choose clothes, they are mostly independent. They need assistance to dress the inferior part of the body, to button clothes, to use cords to tie and to put on socks. This dependence to dress and undress has a statistically significant relationship with BMI, fear of falling, chronic pathologies and other dimensions of self-care.

Conclusion: The presence of rehabilitation nurses in residential structures for the elderly is essential, since self-care is the focus of their intervention and they have specific skills to intervene in the variables related to dependency and independence, particularly to dress and undress.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Homes for the Aged; Daily Life Activities; Dressing in old age; Aged

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. OLHARES SOBRE O VESTIR E DESPIR COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	21
1.1. O Autocuidado como conceito fulcral para a Enfermagem	21
1.2. Das teorias do envelhecimento à realidade das pessoas idosas	29
1.3. O fenómeno do autocuidado vestir-se e despir-se na literatura produzida por enfermeiros - uma scoping review	37
1.4. A Enfermagem de Reabilitação: contributos para a independência no vestir-se e despir-se dos idosos institucionalizados.....	50
2. PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO	57
2.1. População e amostra	58
2.2. Variáveis do estudo e sua operacionalização	60
2.3. Instrumento de recolha de dados	65
2.4. Procedimentos e métodos de recolha e tratamento de dados	66
2.5. Considerações éticas	67
3. A EXPRESSÃO DO VESTIR-SE E DESPIR-SE NA REALIDADE DOS IDOSOS.....	69
3.1. Caracterização dos idosos institucionalizados	70
3.2. Centralidade do vestir-se e despir-se	79
3.3. R elação das características dos idosos com o vestir-se e despir-se.....	81
4. DA EVIDÊNCIA À INTERVENÇÃO NO VESTIR-SE E DESPIR-SE DOS IDOSOS	91
CONCLUSÃO.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	121
ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão	38
Quadro 2 - Seleção dos descritores e formulação do termo de pesquisa	39
Quadro 3 - Identificação dos estudos	42
Quadro 4 - Extração dos dados	43
Quadro 5 - Domínios do autocuidado com mais dependentes	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Referências disponíveis por fonte	40
Tabela 2 - Distribuição dos idosos residentes e constituintes da amostra por lares e freguesias	59
Tabela 3 - Operacionalização da variável: “características sociodemográficas”	61
Tabela 4 - Operacionalização da variável: “estado de saúde”	62
Tabela 5 - Operacionalização da variável: “perceção da saúde”	63
Tabela 6 - Operacionalização da variável: “autocuidado”	64
Tabela 7 - Operacionalização da variável: vestir-se e despir-se	64
Tabela 8 - Distribuição da amostra por classe de idades	70
Tabela 9 - Distribuição da amostra por tempo de institucionalização	71
Tabela 10 - Distribuição da amostra por motivo de institucionalização	71
Tabela 11 - Distribuição da amostra por patologias diagnosticadas	72
Tabela 12 - Distribuição da amostra por número de medicamentos diários.....	72
Tabela 13 - Distribuição da amostra por número de quedas no último ano	73
Tabela 14 - Distribuição da amostra por IMC	73
Tabela 15 - Descrição da perceção da saúde, qualidade de vida e satisfação com a vida ..	74
Tabela 16 - Descrição da perceção da saúde relativa a pessoas da mesma idade.....	74
Tabela 17 - Descrição do autocuidado andar	75
Tabela 18 - Descrição dos autocuidados transferir-se, virar-se e elevar-se.....	76
Tabela 19 - Descrição do autocuidado uso do sanitário	77
Tabela 20 - Descrição do autocuidado alimentar-se.....	77
Tabela 21 - Descrição do autocuidado arranjar-se.....	78
Tabela 22 - Descrição do autocuidado tomar banho.....	79
Tabela 23 - Descrição da variável ordinal: vestir-se e despir-se	80
Tabela 24 - Cruzamento de “vestir-se e despir-se” com “doenças”	85
Tabela 25 - Cruzamento vestir-se e despir-se/ tomar banho (frequência-n)	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Incidência da dependência para vestir-se e despir-se nos estudos revistos.....	46
Gráfico 2 - Distribuição da variável escalar "vestir-se e despir-se"	81
Gráfico 3 - Diferenças de "vestir-se e despir-se" por "sexo"	82
Gráfico 4 - Diferenças de "vestir-se e despir-se" por classe de "idade"	82
Gráfico 5 - Diferenças de "vestir-se e despir-se" por "estado civil"	83
Gráfico 6 - Diferenças de "vestir-se e despir-se" por "alfabetismo (sabe ler)"	83
Gráfico 7 - Diferenças de "vestir-se e despir-se" por "escolaridade"	84
Gráfico 8 - Diferenças de "vestir-se e despir-se" por "tempo de institucionalização"	85
Gráfico 9 - Diferenças do vestir-se e despir-se por número de quedas no último ano	86
Gráfico 10 - Diferenças do vestir-se e despir-se por IMC	86
Gráfico 11 - Diferenças do vestir-se e despir-se por percepção da saúde	87
Gráfico 12 - Diferenças do vestir-se e despir-se por percepção da saúde em relação a pessoas da mesma idade	87
Gráfico 13 - Diferenças do vestir-se e despir-se por qualidade de vida	88
Gráfico 14 - Diferenças do vestir-se e despir-se por satisfação com a vida	88
Gráfico 15 - Diferenças do vestir-se e despir-se por medo de cair	89
Gráfico 16 - Cruzamento " lava o corpo" e "vestir-se e despir-se"	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos.....	41
--	----

INTRODUÇÃO

Vestir-se e despir-se, para além de uma necessidade funcional de conforto e proteção, assume-se como expressão social e cultural, na medida em que protege a intimidade e revela uma identidade do indivíduo e do grupo (Almeida, et al., 2018). A sua importância intensifica-se para a população idosa, potencialmente vulnerável do ponto de vista funcional e que apresenta características próprias, por exemplo no que respeita aos seus valores.

As pessoas idosas assumem crescente expressão demográfica e social, fruto de uma maior esperança de vida, determinada pelos progressos da medicina e melhoria das condições de vida (DGS, 2012a). No caso particular da sociedade portuguesa, a queda da fecundidade e fortíssima emigração nas décadas de 1960 e 1970 concorrem para este envelhecimento populacional (Cabral et al., 2013), facto que motiva que o foco deste estudo seja a população idosa e a perda da capacidade funcional.

Portugal é o quinto país mais envelhecido do mundo (Euromonitor International, 2019). Em 2015, mais de um quinto da população portuguesa residente era constituído por pessoas com 65 ou mais anos (Espírito-Santo & Daniel, 2019). Entre os anos de 2007 e 2017, a população portuguesa apresentou um aumento de 3,6% do número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Eurostat, 2018). Não se antecipa uma alteração neste padrão de envelhecimento; aliás, o Eurostat prevê um número crescente de idosos (idade ≥ 65 anos), com um crescimento particularmente rápido do número de muito idosos (idade ≥ 80 anos). No ano de 2080, espera-se que a população idosa represente 28,7% da população da união europeia (Eurostat, 2015).

O envelhecimento é, por princípio, um fenómeno positivo, quer para os indivíduos, quer para a sociedade, que reflete os progressos da humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos; contudo, é também um dos desafios centrais do século XXI (Cabral et al., 2013) que exige respostas sociais específicas, particularmente dos profissionais de saúde mais diferenciados.

Apesar da esperança média de vida aos 65 anos ser de quase 20 anos, cerca de 16 desses anos são vividos sem qualidade de vida. As pessoas idosas não atingiram ainda níveis de bem-estar e saúde desejáveis, o que se traduz em elevados índices de dependência no autocuidado (Despacho n.º 12427/2016, 2016), e o que justifica que os enfermeiros olhem este problema como um foco de intervenção exigente.

As pessoas idosas são, em número e intensidade, proporcionalmente mais dependentes que as pessoas mais jovens (Netto, 2007). De acordo com Observatório Nacional de Saúde, 8,7%,

14,7% e 36% dos idosos dos grupos etários de [65-74], [75-84] e superior a 85 anos, respetivamente, apresentam necessidade de ajuda para pelo menos uma atividade de vida diária. Nesta dependência inclui-se de forma significativa a capacidade para vestir-se e despir-se (Espírito-Santo & Daniel, 2019). Estes dados põem em causa a atenção despendida e a efetividade dos cuidados de enfermagem direcionados para este foco.

Face à significativa dependência, muitas vezes associada a um escasso suporte familiar, a institucionalização é uma inevitabilidade para muitas pessoas idosas (Cabral et al., 2013), que pode comprometer os seus hábitos, particularmente em relação ao autocuidado.

No sistema português, a par da resposta do sector privado, a Segurança Social é a única entidade estatal responsável por gerir as respostas sociais para a população idosa, em duas áreas: os regimes, que englobam as pensões financeiras e a ação social, que presta apoio institucional de serviços ou equipamentos (Paúl & Ribeiro, 2012).

A estrutura residencial para idosos (ERPI), na sua maioria equivalente ao vulgarmente conhecido lar de idosos, é uma resposta social destinada ao alojamento coletivo e assistido para pessoas com idade correspondente à idade da reforma ou outras em situação de limitação na independência e/ou autonomia. A missão de promover um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado espelha-se nos padrões de qualidade definidos para esta resposta social, nomeadamente a garantia do exercício da cidadania e o acesso aos direitos humanos, o respeito pelos trajetos e projetos de vida individuais, a garantia de segurança afetiva, física e psíquica (Instituto da Segurança Social, 2007).

Apesar de as ERPI terem claramente definidas as suas preocupações com a promoção da autonomia e independência, em alguns casos, a institucionalização representa ainda agravamento da degradação funcional, associada a diminuição da capacidade cognitiva, alta incidência de quedas e dependência nas atividades de vida diária (Barros et al., 2016). Este processo pode acarretar perda da intimidade e privacidade, da oportunidade de viver segundo os seus valores, da responsabilidade pelas decisões pessoais e da estimulação cognitiva (Lourenço, 2014).

Perante esta discrepância entre um envelhecimento ativo desejável e o declínio funcional dos idosos, é evidente a necessidade de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com conhecimento e treino que podem, de forma diferenciada, contribuir para o objetivo do envelhecimento ativo, autónomo e independente. A Ordem dos Enfermeiros, para além de reconhecer o evidente envelhecimento populacional, foca o aumento da dependência à medida que a idade avança e assume como um desafio as crescentes necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2012).

Acresce ainda a este mandato social que a enfermagem de reabilitação “incorpora os resultados de investigação e as orientações de boas práticas de cuidados (...) baseados na evidência” (OE, 2012, p. 5), portanto, desenvolver competências de investigação é

imprescindível para assegurar o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e a prestação de cuidados de excelência.

O presente estudo integra-se no estudo original Mais Saúde Famalicão, na fase Viver Bem Com Mais Idade, que pretende caracterizar e identificar necessidades da população idosa deste município, desenvolvido por um grupo de investigadores da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto em parceria com a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão (VNF).

O estudo Vestir e despir idosos: um cuidado do enfermeiro de reabilitação, à medida que promove o desenvolvimento de competências de investigação necessárias ao nível académico do curso em que se enquadra, pretende também esclarecer que dificuldades os idosos têm para se vestirem e despirem, que condições dos idosos se relacionam com estas dificuldades e como criar condições para a independência.

O foco no vestir-se e despir-se provém do reconhecimento que este é um autocuidado muito específico porque, para além da proteção física do corpo, engloba aspetos sociais, a forma como o idoso se apresenta ao outro, que valores representa, o que considera o seu espaço pessoal e a sua privacidade. Para além disto, como veremos também ao longo deste estudo, trata-se de uma das primeiras perdas em termos de funcionalidade, dado a complexidade motora e cognitiva que pressupõe, desde saber que roupas são adequadas ao clima e à situação, como a capacidade física para reunir essas roupas, manter o equilíbrio e alterar a posição corporal numa sequência, lógica e coordenada, de vestir cada parte do corpo, fixar a roupa e calçar-se.

Em concordância com o enquadramento inicial, a motivação para a realização deste estudo parte do reconhecimento do autocuidado como conceito fulcral para a enfermagem e para a população idosa vulnerável, bem como da convicção de que o desenvolvimento de conhecimento científico neste âmbito contribui para melhores resultados na prática clínica.

Este estudo pretende contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico sobre as condições relacionadas com a dependência que idosos institucionalizados apresentam para se vestirem e despirem, a fim de criar orientações específicas para a intervenção do enfermeiro de reabilitação. Pretende também ser um contributo para que as instituições com estrutura residencial para idosos compreendam as condições dos seus utentes e promovam efetivamente a sua independência.

A estrutura deste relatório procura espelhar o percurso de desenvolvimento do estudo, conforme as fases do processo de investigação preconizadas por Fortin (2009): fase conceptual, fase metodológica, fase empírica e fase de interpretação e difusão.

Numa primeira parte deste relatório percorremos o trajeto teórico da enfermagem no que respeita ao autocuidado, acompanhamos os processos de envelhecimento e desafios das

pessoas idosas na manutenção da independência, e refletimos acerca do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação perante esta problemática.

Numa segunda parte embrenhamo-nos nas opções metodológicas do estudo.

Numa terceira parte descrevemos o trabalho empírico no terreno, com base em entrevistas aos idosos, realizadas nas instalações das estruturas residenciais onde estão integrados. Com recurso a métodos de análise estatística descritiva e inferencial, somos capazes de caracterizar os idosos de acordo com as variáveis previamente definidas e estabelecer relações destas com o autocuidado vestir-se e despir-se.

Finalmente, numa quarta parte, discutimos os resultados encontrados em comparação com a evidência científica e refletimos acerca dos contributos deste estudo para atingir a sua finalidade de desenvolvimento do conhecimento científico e excelência na prática. Traçamos ainda propostas de caminhos futuros para a prática e investigação.

1. OLHARES SOBRE O VESTIR E DESPIR COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

A prática de cuidados é a mais antiga da história do mundo, intimamente ligada à história da humanidade. Garante, desde sempre, a satisfação de um conjunto de necessidade indispensáveis e, desse modo, a continuidade da vida individual e da espécie (Collière, 1999).

“Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1999, p. 235). Esta prática, que inicialmente não era ligada a nenhuma profissão, mas sim um ato primitivo e natural para manter a vida e evitar a morte, desenvolveu-se e ramificou-se naquilo que são hoje os cuidados de enfermagem (Collière, 1999).

Neste capítulo olhamos então para o autocuidado, particularmente para o vestir-se e despir-se, e demonstramos, com base na herança teórica e na evidência científica, que este é um conceito fulcral para a enfermagem, que os processos de envelhecimento se associam frequentemente a incapacidade funcional e que os enfermeiros de reabilitação têm um papel na promoção da independência dos idosos institucionalizados.

1.1. O Autocuidado como conceito fulcral para a Enfermagem

A Enfermagem tem uma base fortemente enraizada na prática. Não obstante, tem também uma herança teórica, rica e muito válida, que merece uma análise atenta. Antes do seu desenvolvimento teórico, a enfermagem consistia num conjunto de tarefas ritualistas, sem fundamentação racional e sem limites claros relativamente a outras profissões (McEwen & Wills, 2014). Quando os enfermeiros questionam a sua visão meramente empírica e abraçam o conhecimento teórico próprio da enfermagem, são capazes de assumir uma atitude mais dinâmica, consciente e intencional.

Conhecer a herança teórica permite compreender o caminho único da profissão e disciplina, o que favorece a autonomia, o controlo daquele que é o domínio próprio da enfermagem e a prestação de cuidados de qualidade (Meleis, 2012). As bases teóricas são a estrutura que

permite organizar o conhecimento específico da enfermagem, explicar e prever a prática (McEwen & Wills, 2014).

Os primeiros desenvolvimentos da teoria de enfermagem podem atribuir-se a Florence Nightingale, no final do século XIX e início do século XX. Nightingale é responsável pela profissionalização e pioneira na definição do propósito, foco e missão da enfermagem. Focada na prática, refletiu acerca das funções desempenhadas pelas enfermeiras e empreendeu as primeiras tentativas de distingui-las da medicina (Meleis, 2012).

Na sua definição de enfermagem, enquanto vocação feminina, evidencia que, em algum momento da vida, a mulher assume o papel de enfermeira e tem “*a responsabilidade pessoal pela saúde de alguém, seja uma criança ou um inválido*” (Nightingale, 2005 p. 7). A enfermeira cuida de uma pessoa em sofrimento, devido a doença ou lesão, e ajuda o seu processo reparador, com vista recuperar a saúde e reduzir o sofrimento. O controlo do ambiente é o meio para atingir esse objetivo, através da adequação das condições do ar, água, drenagem, limpeza, luz e, ainda, calor, sossego e dieta. A enfermeira faz com que o doente esteja nas melhores condições para que a natureza possa atuar sobre ele.

Não obstante a ênfase da obra de Nightingale seja a relação entre enfermagem e o doente-ambiente e não refira explicitamente o termo “autocuidado”, da leitura de *Notes on Nursing*, emergem pontos comuns com as dimensões do autocuidado atualmente considerados na CIPE (ICN, 2017). Nightingale (2006) reflete acerca das práticas das enfermeiras e faz recomendações no que respeita a aspetos como a mobilidade, o sono, a eliminação, a higiene e cuidados à pele, o vestuário, a alimentação, atividades recreativas como conversar, cuidar de animais de estimação e ler para o doente.

No que respeita a autonomia e independência, o objeto dos cuidados de Nightingale é maioritariamente uma pessoa doente que assume um papel passivo perante uma enfermeira que controla os diferentes elementos do ambiente.

Ainda assim, Nightingale reconhece que é característico de todos os homens e mulheres empreender algum tipo de “*trabalho manual*” e que a privação de atividade é fonte de “*irritabilidade*” para o doente (Nightingale, 2005 pp. 88-89); mais ainda, refere que é possível encontrar um “*doente muito enfraquecido (...) [a] cansar-se menos se for ele mesmo a fazer algo do que pedir a alguém que o faça por ele*” (Nightingale, 2005 p. 74); pelo que, conclui, “*tudo o que o doente por ele próprio puder fazer, tanto melhor*” (Nightingale, 2005 p. 59).

Embora os trabalhos de Nightingale se tenham desenvolvido nos séculos XIX e XX, a teoria de enfermagem só foi efetivamente articulada, quase um século depois, nos meados da década de 50. Neste período, a necessidade de reformular programas curriculares para enfermeiros foi o impulso para o desenvolvimento do pensamento teórico em enfermagem.

As questões acerca da natureza, missão, objetivos e papéis da enfermagem foram progressivamente discutidas e estruturadas num todo mais coerente.

Nas décadas de 1950 a 1970 surgiu a primeira escola de pensamento em enfermagem, a escola das necessidades, que considera o cliente dos cuidados de enfermagem em termos de uma hierarquia de necessidades e foca as funções e papéis do enfermeiro que lhes dão resposta quando a pessoa não é capaz de as suprir por si própria. Esta escola de pensamento é particularmente relevante quando abordamos o fenómeno do autocuidado; nela podemos incluir Virginia Henderson, Faye Abdellah e Dorothea Orem (Meleis, 2012).

Virginia Henderson descreveu as *“atividades que contribuem para a saúde e sua recuperação (ou morte pacífica), que um individuo desempenharia sem ajuda se tivesse suficiente força, vontade ou conhecimento”* (Henderson, 1964, p. 63).

Identificou 14 necessidades básicas do doente que compreendem os componentes dos cuidados de enfermagem: respirar normalmente; comer e beber de forma adequada; eliminar resíduos corporais; movimentar-se e manter a postura; dormir e descansar; escolher a roupa, vestir-se e despir-se; manter a temperatura corporal; manter o corpo limpo e os tegumentos protegidos; evitar riscos dos ambientes e lesar outros; comunicar; realizar práticas religiosas; trabalhar e sentir-se realizado; participar em recreação; e, finalmente, aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade, de modo a conseguir um desenvolvimento e uma saúde normais (Henderson, 1964; Tomey & Alligood, 2002).

Quando as pessoas não são capazes de cuidar de si próprias, necessitam de cuidados de enfermagem, através de uma relação enfermeira-doente que pode ocorrer em três níveis em função do grau de dependência - enfermeira como substituta, auxiliar ou parceira -, e que tem como objetivo tornar o doente completo, inteiro e independente (Henderson, 1964; Tomey & Alligood, 2002).

Henderson equipara saúde a independência e enfatiza que o doente tem um papel em cuidar de si mesmo (Meleis, 2012). Para a teórica, a independência é, aliás, um objetivo primordial, pelo que a ação de enfermagem prevê que *“a enfermeira procure ir ao encontro das necessidades do doente num momento de dependência, mas também procure encurtar esse período”* (Henderson, 1964, p. 66). A enfermeira deve não só colocar-se “na pele do doente”, como também ouvi-lo, juntamente com a família e outros elementos da equipa de saúde (Henderson, 1964).

Faye Abdellah, por sua vez, conceptualizou a enfermagem em termos de uma tipologia de 21 problemas, situações enfrentadas pelo doente e pela família, abertas ou encobertas, que podem ser resolvidas através do desempenho de funções profissionais de enfermagem. Os cuidados de enfermagem passam pela identificação, análise e aplicação de modos de atuação adequados ao problema e podem ser de prevenção (higiene, segurança, exercício, repouso, sono, mecânica corporal), de sustentação (cuidados psicossociais), de correção

(provisão de oxigênio, fluidos, nutrição e eliminação) ou de reparação (coping relacionado com a doença e adaptação na vida) (Tomey & Alligood, 2002; Meleis, 2012).

Embora as teóricas anteriormente referidas, na sua concepção individual, tenham abordado a enfermagem numa perspectiva de hierarquia de necessidades que remetem para as definições atuais de autocuidado, este conceito é invariavelmente atribuído a Dorothea Orem (Meleis, 2012), que utilizou o termo pela primeira vez em 1956.

Para Orem, o autocuidado é uma ação humana deliberada e autogerida, com função reguladora, desempenhada por indivíduos com capacidade para tal (ou por outrem, em caso de dependência), que mantém a vida, a integridade das funções físicas e psíquicas e o bem-estar. O autocuidado é aprendido ao longo da vida de acordo com o contexto do indivíduo, através da experiência, cultura, conhecimento e interação social, e influenciado por aspetos como a idade, o grau de desenvolvimento, o género, as motivações, os recursos e os sistemas de saúde (Orem, Renpenning, & Taylor, 2003; Meleis, 2012).

Orem, nos seus esforços para definir o que é a enfermagem, questionou-se acerca da condição comum a todas as pessoas que estão sob cuidados de enfermagem, concluindo que é a incapacidade de providenciar continuamente, em quantidade e qualidade, o autocuidado necessário, devido a uma situação de saúde, situação essa que pode ser alterada por modificações nos cuidados de saúde e nas condições ambientais (Orem, Renpenning, & Taylor, 2003). Deste modo, para a teórica, a enfermagem é uma ação, contínua ou periódica, de ajuda a uma pessoa que não é capaz de dar resposta às suas necessidades de autocuidado, total ou parcialmente.

A enfermagem desenvolve, providencia e gere sistemas de assistência focados no autocuidado, que têm em vista a sustentabilidade dos processos da vida, a manutenção da funcionalidade, a promoção do crescimento e desenvolvimento, a prevenção e o controlo de doenças e incapacidades (Orem, Renpenning, & Taylor, 2003).

A Teoria do Défice de Autocuidado de Orem compõe-se por um conjunto de três teorias: a Teoria do Autocuidado, que explica como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, que explica porque as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem; e, finalmente, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que explica que relações têm que ser estabelecidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Orem definiu os objetivos do autocuidado, expressos como “requisitos”: os universais, comuns a todos os seres humanos e com vista à manutenção da integridade estrutural e funcional; os desenvolvimentais, relacionados com processos de vida e maturação; e os de desvio de saúde, que visam a recuperação da saúde quando esta não está garantida.

Os requisitos universais incluem a manutenção de água, ar e comida, processos de eliminação, equilíbrio entre atividade e descanso, equilíbrio entre solidão e interação social, prevenção de riscos e o desenvolvimento em grupos sociais de acordo com o potencial

humano, limitações e desejo de normalidade. Já os requisitos de desvio de saúde englobam a procura de assistência médica apropriada, gestão dos desvios de saúde, adesão ao regime terapêutico, gestão de efeitos adversos, adaptação da autoimagem em função do estado real, e ajustes no estilo de vida de acordo com o estado de saúde (Tomey & Alligood, 2002; Meleis, 2012).

Para Orem as necessidades de autocuidado são as medidas necessárias para dar resposta aos requisitos do autocuidado, que são supridas através de atividades de autocuidado.

O défice de autocuidado, explicado através da segunda teoria de Orem, ocorre quando as atividades de autocuidado do indivíduo não são capazes de dar resposta às suas próprias necessidades ou às da pessoa que têm a cargo. Perante este défice, os enfermeiros disponibilizam métodos de ajuda, que incluem atuar por ou fazer por outrem, orientar e dirigir, fornecer apoio físico ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar.

A enfermagem pode ocorrer, com explica a terceira teoria de Orem, num sistema totalmente compensatório, através do qual o enfermeiro concretiza o autocuidado, compensa totalmente a incapacidade e protege a pessoa; num sistema parcialmente compensatório, no qual o enfermeiro executa algumas medidas de autocuidado e assiste noutras, enquanto regula a atividade de autocuidado juntamente com a pessoa; ou, ainda, num sistema de apoio-educação, através do qual o enfermeiro apenas colabora na regulação enquanto a pessoa executa o autocuidado.

É de destacar na teoria de Orem o reconhecimento da participação e capacidade de decisão da pessoa à qual são prestados cuidados de enfermagem; para a teórica, todas as pessoas têm poderes e capacidades, disposições, talentos, interesses e valores que são determinantes para a regulação do próprio autocuidado (Meleis, 2012).

Mais recentemente, Afaf Meleis desenvolveu a Teoria das Transições e definiu a transição como o conceito central da enfermagem. Esta teoria relaciona-se necessariamente com a análise disciplinar do fenómeno do autocuidado pois, como expõe a teórica, é congruente com o restante *background* teórico da enfermagem; se *“na teoria de Orem, o autocuidado é o conceito-chave, as transições são inextricavelmente relacionadas com alterações na capacidade para o autocuidado”* (Chick & Meleis, cit por. Meleis, 2010, p. 28).

Meleis explica que as transições são desencadeadas por mudanças nos indivíduos e nos ambientes e que são experienciadas assim que o evento ou mudança é antecipada. Os seres humanos experimentam inúmeras mudanças ao longo da vida que desencadeiam processos de resposta; aquelas que se relacionam com a saúde, bem-estar e capacidade para o autocuidado são o foco da enfermagem (Meleis, 2010).

As transições caracterizam-se pela *“passagem de uma fase, condição ou estão para outro (...) refere-se tanto ao processo como ao resultado”* (Chick & Meleis, cit por. Meleis, 2010,

p. 43). Caracterizam-se por fluxo e movimento ao longo do tempo e incluem pontos críticos, relacionados com aumento da consciencialização acerca da mudança e diferença, e que implicam maior vulnerabilidade. Concluem-se com a normalização de novas rotinas, capacidades, estilos de vida e atividades de autocuidado (Meleis, et al., 2000).

As transições podem ser desenvolvimentais (curso normal do crescimento), situacionais (alteração em papéis), de saúde/doença (alterações no estado de saúde e recuperação) e organizacionais (contexto socioeconómico) (Meleis, 2010).

A consciencialização, que se refere à percepção, conhecimento e reconhecimento, é responsável por desencadear a transição. A consciencialização determina o envolvimento, definido como o grau de ligação e empenho, que pode incluir a procura de informação, o uso de modelos e uma atitude ativa de preparação e de alteração de atividades (Meleis, et al., 2000).

As transições podem ser facilitadas ou condicionadas por fatores pessoais, da comunidade ou sociais. Os fatores pessoais incluem os significados que a pessoa atribui aos eventos relacionados com a transição, as crenças culturais e atitudes, o status socioeconómico e a preparação e conhecimento. Os fatores da comunidade relacionam-se com o suporte da família e outras pessoas significativas, disponibilidade de cuidados de saúde, modelos de referência, fontes de informação e aconselhamento de confiança. Os fatores sociais referem-se à posição da sociedade, como um todo, incluindo aspetos como atitudes culturais, diferenças de género ou marginalização (Meleis, et al., 2000).

Uma transição saudável caracteriza-se por indicadores de processo e resultado. Os indicadores de processo incluem: sentir-se ligado (manter ou criar relações positivas com pessoas significativas e profissionais de saúde); interagir (com as diferentes pessoas envolvidas, de forma a clarificar significadas e ajustar comportamentos); estar situado (mostrar harmonia entre percepção e realidade; atribuir novos significados e aceitar a situação atual, por exemplo através da comparação com estados anteriores); e, finalmente, desenvolver confiança e coping (obter maiores níveis de segurança manifestados por maior compreensão, empenho e desenvolvimento de novas estratégias para gerir situações) (Meleis, et al., 2000).

Os indicadores de resultado são a mestria (domínio das competências e comportamentos necessários para gerir novas situações e ambientes, capacidade de decidir, senso de estabilidade) e a integração fluida da identidade (reformulação da identidade e incorporação novas formas de ser e de estar) (Meleis, et al., 2000).

A terceira idade é um período de múltiplas transições: reforma, morte do cônjuge e amigos, institucionalização ou mudança de casa, doença crónica e debilidade. No caso do autocuidado das pessoas idosas, é expectável a ocorrência de alterações decorrentes dos processos naturais do envelhecimento, que podem ser agravadas por situações de doença;

o estado funcional pode ser um indicador de processo nas suas transições, considerando-se positiva a manutenção dos mais elevados níveis de capacidade cognitiva, mobilidade, capacidade para o autocuidado e independência (Schumacher, Jones, & Meleis, 1999).

Os enfermeiros cuidam das pessoas através terapêuticas de enfermagem que podem ser preventivas, quando antecedem a transição, ou curativas, quando são consequência desta (Chick & Meleis, cit. por Meleis, 2010). Os objetivos das terapêuticas de enfermagem passam por facilitar processos saudáveis de transição e suportar indicadores de processo positivos (Meleis & Trangenstein, 1994, cit. por Meleis, 2010).

Para as pessoas idosas, as terapêuticas de enfermagem de particular importância abrangem: avaliação de enfermagem (incluindo estado funcional e atividades de vida diária); a reminiscência (reflexão acerca do percurso de vida e a integração da transição atual nesse percurso); a suplementação de papel (suporte para desenvolver capacidades em função de novas situações e para clarificar novos papéis); a criação de um ambiente saudável (estruturar um ambiente de segurança, garantir acesso ao que é necessário para a rotina diária, honrar tradições culturais); e ainda mobilização de recursos (pessoais, familiares e comunitários) (Schumacher et al., 1999).

O conhecimento do património teórico da enfermagem tem particular importância pois, como refere a Ordem dos Enfermeiros, “na orientação prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade e do exercício profissional” (OE, 2012, p. 4).

Tal como nas teorias de enfermagem, nas publicações atuais que normatizam a sua prática, o autocuidado é um conceito central. De facto, quando a Ordem dos Enfermeiros define os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, gerais ou especializados, foca o papel do enfermeiro na promoção, ao longo do ciclo vital, da “satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida” (OE, 2012, p. 11) e, ainda, dos “processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade (...) e capacidade para o autocuidado” (OE, 2015, p. 16656).

O autocuidado é, ainda, um foco dos cuidados de enfermagem determinado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, que o define como a atividade de “tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2017).

O autocuidado engloba as atividades exigidas para a satisfação das necessidades diárias, habitualmente designadas como atividades de vida diária, que são aprendidas ao longo do tempo e se tornam em hábitos (Carpenito-Moyet, 2012).

Estas atividades de vida diária (AVD) correspondem ao conjunto de todas as tarefas desempenhadas pelos indivíduos para satisfazer as suas necessidades. Podem distinguir-se aquelas que são primárias e se relacionam com o autocuidado e mobilidade - atividades

básicas de vida diária (ABVD) -, e outras, mais complexas, relacionadas com a adaptação ao meio e vida em comunidade - atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Sequeira, 2018; Espírito-Santo & Daniel, 2019).

A OMS considera que as atividades de vida diária incluem, por exemplo, tomar banho, comer, usar o sanitário e andar, e que as atividades instrumentais de vida diária incluem atividades como fazer compras, fazer tarefas domésticos e preparar refeições (OMS, 2002).

A CIPE associa ao autocuidado atividades como alimentar-se, lavar-se, arranjar-se, tomar banho, usar sanitário, vestir-se ou despir-se, divertir-se, elevar-se, transferir-se e virar-se, cuidado da pele e autogestão do risco de doença (ICN, 2017).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) inclui como atividades de autocuidado: lavar-se e secar-se; cuidar da pele, dentes, cabelo e unhas; cuidados relacionados com processos de excreção; vestir-se, despir-se, calçar-se e descalçar-se; comer e beber; cuidar da própria saúde (DGS, 2004).

Como outras atividades de participação, que podemos enquadrar nas AIVD, a CIF refere-se a aspetos de mobilidade como mudar ou manter a posição do corpo, transportar objetos, transferir-se, andar, deslocar-se e usar transportes. No que respeita à vida doméstica, engloba a aquisição do necessário para viver, preparar refeições, realizar tarefas domésticas como lavar a roupa, limpar a habitação, utilizar aparelhos domésticos, remover o lixo, manutenção de equipamentos, cuidados a plantas e animais e ajudar os outros (DGS, 2004).

Pode ainda distinguir-se um outro grupo de atividades, para alguns autores, uma subdivisão das AIVD: as atividades avançadas da vida diária (AAVD) (Spirduso, 2005; Espírito-Santo & Daniel, 2019). As AAVD incluem experiências diárias mais complexas e diferenciadas - sociais, religiosas ou físicas -, incluindo emprego, viagens, condução de automóveis, hobbies, participação em grupos e exercício físico (Spirduso, 2005).

Entre todas estas atividades que constituem o autocuidado, focamo-nos neste estudo no vestir-se e despir-se que implica várias tarefas, desde selecionar a roupa a capacidade articular, e é uma atividade fundamental para o conforto da pessoa (Sequeira, 2018).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, vestir-se consiste em “realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada e de acordo com as condições climáticas e sociais, como por exemplo, vestir, compor e tirar camisas, saias, blusas, calças, roupa interior, saris, quimonos, meias, casacos, calçar sapatos, botas, sandálias e chinelos, por luvas e chapéus” (DGS, 2004, p. 133).

Um défice no vestir-se e despir-se caracteriza-se por habilidade prejudicada para colocar ou retirar roupas, fechar peças de vestuário ou arranja-la adequadamente no corpo (Carpenito-Moyet, 2012).

Podemos concluir que a necessidade de cuidados acompanha o ser humano desde a concepção até à morte, nas suas diferentes fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade e envelhecimento. Entre as três primeiras, são claros os marcadores de transição; por outro lado, o envelhecimento tende a ser um processo linear ao longo do tempo, não sendo possível definir um ponto exato de transição. Esta fase assume uma particular relevância pela vulnerabilidade que acarreta.

1.2. Das teorias do envelhecimento à realidade das pessoas idosas

Em termos biológicos, podemos considerar que o envelhecimento tem início no final da segunda década de vida, sem que se manifeste visivelmente por um longo período; comumente as primeiras alterações estruturais e funcionais são sentidas no final da terceira década de vida (Netto, 2007).

Trata-se de um processo progressivo e muitas vezes impercetível ao longo do ciclo vital (Sequeira, 2018). Numa perspetiva mais abrangente, podemos considerar que o envelhecimento ocorre até mesmo antes do nascimento, num processo natural que acarreta progressivas mudanças, não só biológicas, como psicológicas e sociais. Não representa necessariamente perda e regressão, mas também desenvolvimento e melhoria (DGS, 2006).

Quando definimos envelhecimento é importante distinguir o que é consequência deste processo e o que é secundário. O envelhecimento pode ser visto como tudo o que acontece com o passar do tempo após se atingir a vida adulta. O envelhecimento primário, que inclui todos os processos naturais, com uma tendência para a diminuição da capacidade funcional, define-se como senescência. Os processos secundários, que não estão necessariamente presentes e traduzem diferenças individuais definem-se como senilidade (Paúl & Ribeiro, 2012; Sequeira, 2018).

É prática comum considerar idosas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, inclusivamente em publicações estatísticas e normativas (DGS, 2006; Sequeira, 2018), contudo a idade cronológica não é um marcador preciso do envelhecimento. As pessoas idosas não são um grupo homogéneo, e a diversidade individual tende a aumentar com a idade (OMS, 2002). Não existe consenso quanto aos limites da idade deste grupo etário.

Numa perspetiva histórica, o envelhecimento é uma preocupação que remonta a séculos antes de Cristo (Netto, 2007; Sequeira, 2018).

No Egito (2800 a.C.) surgiu uma das primeiras representações gráficas do envelhecimento associada a perda de força muscular e óssea. A medicina chinesa procurava a longevidade e

a filosofia de Confúcio (500 a.C) exaltava a virtude do respeito aos antepassados. A civilização hebraica (200 a.C.) valorizava particularmente os seus “anciãos”, que tinham um forte papel político e social; os seus textos sagrados enumeravam conselhos sobre o tratamento dos mais velhos e a lei previa a punição dos maus-tratos aos pais. Já os gregos tinham uma atitude de repulsa pelo envelhecimento, contrário ao ideal de juventude atlética (Netto, 2007; Sequeira, 2018).

Hipócrates (460-377 a.C.) foi pioneiro a formular hipóteses médicas das causas do envelhecimento, defendendo que cada pessoa tem uma quantidade limitada de “calor intrínseco” que vai esgotando até a morte; sugeria moderação aos idosos, mas desaconselhava que suspendessem as suas ocupações habituais. Na Roma antiga, Cícero (106-43 a.C.) escreveu *Sobre a velhice*, obra na qual abordou a perda de capacidades físicas, sensoriais e cognitivas associadas ao envelhecimento (Netto, 2007; Sequeira, 2018).

Já depois de Cristo, Galano (129-200 d.C.) abordou o envelhecimento como perda de calor e desidratação e fez recomendações sobre cuidados de prevenção destes fenómenos. A civilização hindu (400 d.C.), em escritos médicos, referiu as doenças naturais, que atribuiu ao envelhecimento e demonstrou a sua preocupação com o rejuvenescimento e prolongamento da vida (Netto, 2007; Sequeira, 2018).

Na Idade Média, Roger Bacon (1212-1294) reforçou os conceitos greco-romanos, acrescentando o efeito da higiene e da infeção no processo do envelhecimento. Mais tarde, Paracelso (1493-1541) viu o envelhecimento como corrupção por agentes externos e comparou a velhice à ferrugem. Francis Bacon (1561-1626) defendeu que um espírito jovem num corpo velho faria regredir a ação da natureza. Johann Bernard von Fischer (1685-1772) procurou distinguir envelhecimento normal de doença, noção que mais tarde foi corroborada por Benjamin Rush (1745-1813), que afirmou que a causa da morte é a doença e não o envelhecimento (Netto, 2007; Sequeira, 2018).

Aquela que pode ser considerada a primeira instituição para idosos surgiu em Paris no século XIX - o Hospital Salpêtrière. Em 1919, Ignatz Leo Nascher (1863-1944) desenvolveu um novo ramo da medicina, que denominou de Geriatria (Netto, 2007; Sequeira, 2018).

A nível nacional, a Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia foi fundada em 1951 por José Reis Jr., também autor do primeiro tratado de geriatria na literatura ibérica e latino-americana (Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, 2018).

Com o estabelecimento da Gerontologia como conhecimento científico, o envelhecimento tornou-se objeto de estudo pluridisciplinar e surgiram diferentes teorias explicativas. Na literatura encontram-se múltiplas teorias biológicas que explicam o envelhecimento, não mutuamente exclusivas e difíceis de classificar. Na sua globalidade necessitam de uma base científica mais segura e representam, mais do que teorias, hipóteses e caminhos de investigação (Netto, 2007; Sequeira, 2018).

Um grupo de teorias - as teorias estocásticas -, atribuem o envelhecimento a fatores ambientais aleatórios que provocam danos cumulativos em moléculas vitais e resultam em declínio fisiológico progressivo (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004; Netto, 2007; Freitas & Py, 2011).

Neste grupo de teorias podemos incluir as teorias do uso e do desgaste. Em 1965, Hyflick levantou a hipótese de que a morte ocorreria porque os organismos não poderiam renovar-se constantemente, acumulando danos aleatórios ao longo do tempo. Com o envelhecimento haveria declínio progressivo da função celular e as células teriam capacidade finita de se multiplicar. O uso e o consequente desgaste das células conduziriam ao envelhecimento (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004; Netto, 2007; Freitas & Py, 2011).

Uma outra teoria estocástica, a teoria das mutações somáticas, defendeu que fatores externos conduziriam à acumulação de erros e aberrações cromossômicas nas células somáticas que seriam responsáveis pelo envelhecimento (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004; Netto, 2007; Freitas & Py, 2011).

Em 1956, com a teoria do stress oxidativo, Harman propôs que o envelhecimento resultaria da acumulação de lesões moleculares provocadas pelas reações de radicais livres nos componentes celulares ao longo da vida, que conduziriam à perda de funcionalidade e eventualmente à morte. Estes radicais livres poderiam ser produtos do metabolismo celular normal ou influência de fatores como isquemia, drogas e irradiação. (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004; Netto, 2007; Freitas & Py, 2011).

Em 1963, Orgel propôs a teoria do equívoco ou erro catastrófico, segundo a qual ocorreriam erros na produção enzimática envolvida na transcrição de DNA que determinariam sequências incorretas no código genético e levariam à produção de proteínas anormais, causadoras de deterioração orgânica e morte. Contrapõe-se a esta teoria o facto das proteínas alteradas, encontradas em células envelhecidas, serem resultado de processos posteriores aos mecanismos do DNA e também o facto de aumentos significativos de erros não terem, necessariamente que resultar em erros catastróficos. Outras teorias do envelhecimento centram-se, precisamente, nestas alterações proteicas pós-translacionais, ou seja, depois da produção das proteínas ou, ainda, em fenómenos de diminuição de produção proteica. (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004; Netto, 2007).

Para além das teorias estocásticas, surgiram teorias sistémicas, que, embora considerem o papel do ambiente, são enraizadas numa abordagem genética do envelhecimento (Freitas & Py, 2011).

Uma destas teorias sistémicas, baseada em alterações metabólicas, é a teoria da velocidade da vida, que foi proposta inicialmente por Pearl, em 1928, e advogava que a longevidade seria inversamente proporcional à taxa metabólica. De acordo com esta teoria, parecia existir uma capacidade pré-definida de produzir energia, finda a qual os animais morreriam.

A dimensão corporal afetaria a longevidade na medida em que animais de menor porte apresentam habitualmente maior taxa metabólica. O tempo de vida foi também considerado inversamente proporcional à temperatura ambiente. Desenvolvimentos posteriores desta teoria permitiram encontrar inúmeras exceções e contradições (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004; Netto, 2007; Freitas & Py, 2011).

Teorias baseadas em alterações genéticas, como a teoria da instabilidade genómica refere uma potencial instabilidade ou desregulação estrutural do genoma como causa de envelhecimento celular. Dados recentes indicam, porém, que o genoma na verdade é muito estável (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004; Netto, 2007).

A teoria do relógio biológico defende que cada espécie de ser vivo tem uma duração máxima de vida determinada pelo seu padrão genético. Admite que o envelhecimento é um processo biológico intrínseco e programado, que ocorre na continuidade do crescimento e desenvolvimento (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004; Netto, 2007).

A apoptose, morte celular programada, é também um fenómeno abrangido por esta visão: as células, após determinado número de divisões, desencadeiam uma cascata de eventos que culmina na morte. A hipótese telomérica sugere que o encurtamento destas estruturas dos cromossomas, a cada replicação celular, determina um prazo para a vida. Não foi possível, contudo, identificar o “gene do envelhecimento” (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004, 2004; Netto, 2007).

Segundo teorias baseadas em alterações neuroendócrinas, este sistema sofre alterações com o passar dos anos que podem regular os processos de envelhecimento e morte. O envelhecimento resultaria assim do declínio de diversas hormonas do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal que condicionariam funções corporais dele diretamente dependentes. Alguns autores procuraram inclusivamente identificar a “hormona da morte”. Esta teoria é limitada a organismos com sistema neuroendócrino desenvolvido e falha em esclarecer se as alterações hormonais são de facto causa ou apenas consequência do envelhecimento (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004; Netto, 2007; Freitas & Py, 2011).

Teorias imunológicas, por sua vez, abordam o envelhecimento como resultado de alterações nas respostas do sistema imunitário. De acordo com esta teoria, o envelhecimento dever-se-á primordialmente a alterações dos componentes imunitários celulares, assumindo a involução do timo um papel crucial neste processo. Com o avançar da idade, a função imunológica diminui: a capacidade de resposta decresce, a resistência à infeção e doença é menor e deteta-se o aumento da taxa de autoanticorpos. Tal como acontece com a teoria neuroendócrina, é questionável se estas alterações são causas ou consequências do envelhecimento (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004; Netto, 2007; Freitas & Py, 2011).

As teorias explicativas do envelhecimento não abrangem apenas aspetos biológicos. A teoria ecológica, proposta por Birren em 1995, destaca a interação com o ambiente. A teoria

gerodinâmica de Schroots, em 1995, tem por base a teoria geral dos sistemas e explica o processo de envelhecimento como uma dinâmica com uma série finita de mudanças que leva a maior desordem e estruturas de maior diferenciação. As teorias do desenvolvimento de Baltes e Smith, em 1999, explicam as mudanças relacionadas com a idade numa perspetiva de ciclo de vida, numa análise interdisciplinar, e relaciona o funcionamento sensorial com o cognitivo (Sequeira, 2018).

Quando transitamos desta perspetiva teórica do envelhecimento para a realidade dos idosos, vemos que este processo se traduz, em termos fisiológicos, numa diminuição da taxa metabólica, redução das trocas energéticas, diminuição da capacidade de regeneração celular, e envelhecimento dos tecidos, com impacto multiorgânico (Sequeira, 2018).

Nestas alterações destaca-se, no sistema cardiovascular, a menor eficácia do coração, estreitamento e endurecimento das artérias; no sistema respiratório, perda de capacidade ventilatória; no sistema renal, perda de massa e função de eliminação de substâncias; no sistema gastrointestinal, menor eficiência na absorção nutricional e dificuldades na eliminação; no sistema musculoesquelético, redução da massa óssea e muscular e disfunção das articulações; no sistema nervoso, degeneração dos neurónios (Sequeira, 2018).

A existência de pelo menos uma doença crónica aumenta significativamente a partir dos 65 anos, tendo especial incidência a partir dos 75 anos, sobretudo entre as mulheres, pessoas com níveis de instrução baixos e trabalhadores manuais não especializados (Cabral et al., 2013).

A OMS identifica como doenças crónicas mais frequentemente encontradas na população idosa em todo mundo: patologia cardíaca, hipertensão arterial, AVC, diabetes, patologia oncológica, DPOC, condições musculoesqueléticas como artrite e osteoporose, condições mentais, predominantemente demência e depressão, e alterações da visão e cegueira (OMS, 2002).

A conjugação das alterações típicas do envelhecimento e a prevalência destas doenças crónicas, que acelera notavelmente a partir dos 80 anos, associa-se muitas vezes à incapacidade física, traduzida pela diminuição da força muscular e da agilidade, desequilíbrio corporal, perda de capacidade de realizar movimentos articulares finos e descoordenação motora (Gonçalves et al, 2010; Petronilho, et al., 2010; Espírito-Santo & Daniel, 2019).

A progressiva diminuição da força muscular dos membros inferiores conduz a maior dependência nas AIVD, enquanto que comprometimento específico de articulações e perda da capacidade de executar movimentos finos se associa a maior dependência nas ABVD, como vestir-se (Spirduso, 2005).

Pavarini e Neri (2000) consideram como importante causa de dependência o agravamento de problemas de saúde já existentes e a instalação de “doenças típicas da velhice” (Freitas & Py, 2011).

Segundo Lane e colaboradores (2017), a dependência é fruto, mais do que das doenças, dos síndromes geriátricos, que incluem alteração do equilíbrio, incontinência urinária e fecal, úlceras de pressão, déficit visual, déficit cognitivo e dor.

Não só as doenças, como também os tratamentos, particularmente os medicamentosos, influenciam os processos de envelhecimento, uma vez que podem induzir à inatividade, apatia e deterioração cognitiva, instalando precocemente ou agravando a dependência. Por outro lado, a fraca adesão a tratamentos medicamentosos agrava os problemas iniciais (Pavarini, et al., 2000; OMS, 2002).

Fatores psicológicos, capacidade cognitiva, autoeficácia e estratégias de *coping* são preditores do envelhecimento, longevidade e capacidade funcional (OMS, 2002).

Com o envelhecimento, assistimos a maior vulnerabilidade psicológica devido a menor resistência a pressões da vida quotidiana (como conflitos, contratempos domésticos ou preocupações familiares), perdas (morte de pessoas próximas, afastamento da família, dependência) e consciencialização da redução da esperança de vida com a idade, (Pavarini, et al., 2000). Alterações do humor e sintomas depressivos são comuns nos idosos e resultam em maior dependência (Boström et al, 2014; Chekani, et al., 2016).

O envelhecimento depende também, em grande parte, das trajetórias passadas e das disposições cognitivas em relação à saúde (Cabral et al, 2013). Neste sentido, Backman e Hentinen (1999) definiram quatro perfis correspondentes a um conjunto de atitudes relacionadas com o autocuidado: responsável, formalmente guiado, independente e de abandono, que caracterizam os idosos de acordo com a sua perspetiva da vida e dos cuidados, adesão a tratamentos, relação com os serviços de saúde, proatividade e capacidade de decisão, relação com os outros, capacidade física e independência.

De acordo com a OMS, o contexto cultural das pessoas idosas é o mais amplo fator que influência o envelhecimento; é a cultura que define como são percebidos os idosos pela sociedade, como se estruturam as famílias e as redes de suporte e quais os valores, tradições e comportamentos de saúde dos indivíduos (OMS, 2002).

Em termos sociais, Pavarini e Neri (2000) descrevem a ocorrência frequente de práticas discriminatórias associadas ao envelhecimento, que tornam a população idosa mais pobre, desamparada, doente, frustrada, ressentida e desesperançosa, nomeadamente afastar do trabalho, restringir salários e benefícios, tratar como incapaz, criar ambientes excessivamente rotineiros e despersonalizados, desrespeitar ou infantilizar e restringir o acesso a serviços de saúde (Freitas & Py, 2011).

O envolvimento em atividades sociais e o apoio da família e amigos pode ser útil para reduzir a dependência; já o afastamento do cônjuge, por exemplo devido à institucionalização pode ter efeito contrário (Chekani, et al., 2016).

Um reflexo da inadaptação social à realidade dos idosos é a existência de ambiente inadequados, com barreiras arquitetônicas e outros perigos, que podem resultar em isolamento, depressão, pior condição física, mobilidade comprometida, maior ocorrência de quedas e lesões (OMS, 2002).

Em suma, uma maior longevidade acarreta mudanças radicais na vida, particularmente no estado de saúde e na participação social, frequentemente no sentido de maior dependência no autocuidado e declínio das redes sociais. A capacidade de desempenhar o autocuidado depende de fatores intrínsecos (como idade, sexo, estado nutricional, patologias e tratamentos, aspetos socioculturais, satisfação com a vida, autoestima, percepção de autoeficácia, capacidade funcional e cognitiva), bem como de fatores extrínsecos (como recursos familiares e comunitários, políticas de saúde, ambiente e cuidados de enfermagem) (Petronilho, et al., 2010; Cabral et al, 2013; Sequeira, 2018).

A redução da capacidade funcional e limitações na autonomia e independência, associadas a escassez no suporte familiar e social, bem como inadequação dos ambientes onde os idosos vivem, *“tende a remetê-los para uma limitada sociabilidade familiar ou de vizinhança, senão mesmo (...) para situações de completa solidão social ou, então, para instituições de acolhimento”* (Cabral et al., 2013, p. 12). Envelhecer significa muitas vezes partilhar espaços comuns, como centros de convívio, centros de dia, centros de noite e estruturas residenciais para idosos (Espírito-Santo & Daniel, 2019).

No plano coletivo, o envelhecimento comporta enormes exigências em termos das relações intergeracionais, resulta num desequilíbrio entre os ativos e os não ativos e acentua a suscetibilidade dos sistemas de saúde e segurança social (Paúl & Ribeiro, 2012; Cabral et al., 2013).

Não devemos, contudo, aceitar o estigma da velhice como condição de dependência e isolamento. A manutenção da autonomia e independência vincula-se intimamente à qualidade de vida e é indicador de saúde da população idosa (OCDE, 1998; OMS, 2002; DGS, 2006; Netto, 2007; Freitas & Py, 2011). Estes conceitos traduzem condições complementares, mas distintas.

A autonomia é “a capacidade percebida de controlar, gerir e tomar decisões pessoais acerca da forma de viver o dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências” (OMS, 2002, p. 13). Inclui capacidade de cuidar de si próprio e de gerir a própria vida, responsabilidade pelas próprias ações e oportunidade de decidir (Sequeira, 2018). Autonomia é auto-governança e auto-orientação (ICN, 2017). O cerne da autonomia é o autogoverno: liberdade

individual, privacidade, livre escolha, autorregulação e independência moral (Freitas & Py, 2011).

A independência, por sua vez, é “a capacidade de desempenhar funções relacionadas com a vida diária, sem ajuda de terceiros” (OMS, 2002, p. 13). Está relacionada com capacidade de desempenho de atividades de vida diária e autocuidado (Sequeira, 2018). Significa ser capaz de sobreviver sem ajuda em termos de capacidade funcional (Freitas & Py, 2011).

A dependência, em oposição aos conceitos anteriores, pode definir-se como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de [função] física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada (...) não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006, p.3857).

A dependência implica limitação da capacidade funcional e, conseqüentemente, a necessidade de ajuda de terceiros para satisfazer as necessidades humanas básicas e sobreviver. É dependente a pessoa que não é capaz pelos próprios meios, ou com recurso a ajudas técnicas, adotar comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda (Sequeira, 2018; Espírito-Santo & Daniel, 2019).

A autonomia é difícil de mensurar; a independência, por sua vez, é foco de inúmeros instrumentos de avaliação que estratificam os idosos em função de diferentes níveis de capacidade funcional (OMS, 2002). As limitações físicas, que implicam perda de independência, não se associam necessariamente a perda de capacidade cognitiva e poder de decisão, pelo que deve ser uma prioridade assegurar o direito das pessoas idosas à autonomia.

Uma avaliação precoce, preferencialmente com recurso a índices e escalas adequados, permite estabelecer um diagnóstico preciso sobre a realidade e prescrever intervenções ajustadas às necessidades identificadas e, portanto, prevenir a dependência (Sequeira, 2018). Classificar as pessoas em graus de dependência não implica que estas se encontrem numa condição permanente de défice; pelo contrário, deve ser um estímulo para definir objetivos de reabilitação que reflitam uma progressão no sentido de graus mais elevados de independência (Carpenito-Moyet, 2012; Sequeira, 2018).

Quando os idosos mantêm níveis desejáveis de saúde, é expectável que possam ir além das atividades básicas, e decidir continuar a trabalhar ou envolver-se em atividade de voluntariado, integrar grupos sociais, voltar à escola e desenvolver novas competências, ou utilizar o tempo livre para viajar ou outros hobbies (Eurostat, 2018), com claros benefícios pessoais e sociais.

Uma classificação da capacidade funcional dos idosos que reflete a possibilidade de uma vida ativa e independente, distribui este grupo pelas categorias de incapacidade,

fisicamente dependente, fisicamente frágil, fisicamente independente fisicamente condicionado e elite física (Spirduso, 2005).

Os fisicamente dependentes apresentam limitações nas atividades de vida diária e necessitam de um cuidador no domicílio ou institucionalização. Os fisicamente frágeis podem apresentar alguma limitação nas atividades de vida diária, mas são capazes de desempenhar trabalhos domésticos leves, preparar refeições, fazer compras; em alguns casos, contudo, não são capazes de sair de casa. Os fisicamente independentes são capazes de desempenhar atividades de vida diária (eventualmente com alguma limitação ligeira), trabalho físico muito leve, hobbies e outras atividades de baixa exigência física como dançar, viajar ou conduzir. Os fisicamente condicionados são totalmente independentes nas atividades de vida diária e podem ainda desempenhar trabalho físico moderado e desportos de baixa resistência. A elite física, por fim, acrescenta a todas as restantes atividades, a possibilidade de desempenhar desportos de alta intensidade (Spirduso, 2005).

Podemos então concluir, e de acordo com Sequeira (2018), que o envelhecimento é inevitável, mas não podemos dizer o mesmo sobre a dependência.

Depois de percorrer delimitar o conceito e caracterizar a população em estudo, importa também conhecer aquela que é a melhor e mais atual produção científica que reporta ao fenómeno do autocuidado vestir-se e despir-se, indo ao encontro do conceito de prática baseada na evidência (McEwen, et al., 2014).

1.3. O fenómeno do autocuidado vestir-se e despir-se na literatura produzida por enfermeiros - uma scoping review

Com base no protocolo do Joanna Briggs Institute (Peters, et al., 2020), foi efetuada uma *scoping review*, com o objetivo de examinar e mapear a evidência científica produzida por enfermeiros nos últimos dez anos relativamente ao fenómeno do autocuidado vestir-se e despir-se. Esta revisão pretende identificar quantos estudos estão disponíveis, de que tipo e qual o seu foco, descrever e delimitar o fenómeno do vestir-se e despir-se, compreender que sub-fenómenos engloba e qual o seu posicionamento na literatura.

De forma a dar resposta ao objetivo definido, uma *scoping review* parte de uma questão abrangente e menos restritiva que, contrariamente a outros tipos de revisão da literatura, não se centra em intervenções e resultados específicos. Esta questão é construída com os elementos P (população), C (conceito), C (contexto), em função dos critérios de inclusão definidos. Habitualmente uma *scoping review* tem uma questão primária, que pode, se

necessário, ser complementada com questões secundárias, de acordo com atributos particulares de cada um dos seus elementos (Peters, et al., 2020).

A questão definida para esta revisão - “Que publicações emergem na literatura produzida por enfermeiros nos últimos dez anos acerca da dependência no autocuidado vestir-se e despir-se de idosos em ERPI?” - engloba os elementos “idosos”, correspondente à população, “autocuidado vestir-se e despir-se”, que é o conceito em estudo, e “ERPI”, o contexto de prestação de cuidados em que nos focamos.

Tendo estabelecida a pergunta PCC, é possível definir critérios de inclusão que orientam que estudos devem ser incluídos na revisão (Peters, et al., 2020), conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão

CATEGORIA	Critério de inclusão	Critério de exclusão
População	Pessoas com 65 anos ou mais	Pessoas com menos de 65 anos
Conceito	Estudos que avaliem a dependência no autocuidado vestir-se e despir-se	Estudos que não avaliem a dependência no autocuidado vestir-se e despir-se
Contexto	ERPI	Outros contextos de prestação de cuidados

Para que os estudos incluídos na revisão possam estar de acordo com a questão definida, incluímos na revisão publicações que vão ao encontro dos critérios de população, conceito e contexto e, ainda, que tenham pelo menos um autor enfermeiro e data de publicação entre 2010 e 2020.

Quanto ao conceito em estudo, considerámos incluir todas as publicações que contemplem algum método de avaliação da dependência no autocuidado vestir-se e despir-se, independentemente de este ser ou não o assunto principal; excluimos estudos em que não é claro este tipo de resultado. Consideramos como critério de inclusão resultados como: percentagem ou número de idosos com dependência para vestir-se e despir-se; posição da dependência para vestir-se e despir-se comparativamente a outras dimensões do autocuidado; agravamento ou melhoria da dependência ao longo do tempo ou em função de intervenções ou eventos; comparação da dependência em relação a outras populações ou subgrupos da população (por exemplo, em função do sexo ou de patologias específicas).

Tendo em vista a legibilidade, apenas foram incluídos estudos disponíveis em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. De forma a obter maior abrangência, quanto ao tipo de

publicação, consideramos a inclusão de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, seja na forma de artigos científicos ou publicações acadêmicas.

A estratégia de pesquisa de uma *scoping review* pretende ser o mais abrangente possível, de forma a incluir tanto estudos publicados como não publicados. A pesquisa desta revisão ocorreu em três fases, como recomendado pelo JBI (2020).

Na primeira fase, tendo por base a pergunta de partida e a consulta dos vocabulários DeCS, MeSH e CINAHL Subject Headings, foram selecionados os descritores: “aged”; “aged, 80 and over”; “dressing”; “clothing”; “nursing home”.

Numa pesquisa preliminar, diferentes combinações destes termos foram pesquisadas nos títulos, palavras-chave e resumos das publicações do repositório EBSCO (nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE with Full Text). Foram aplicados os critérios de inclusão, bem como as restrições de idioma e ano de publicação. Já que estas duas bases de dados o permitem de forma automática, a pesquisa foi também restrita a publicações de revistas de enfermagem ou que têm pelo menos um autor enfermeiro.

Esta primeira pesquisa forneceu-nos publicações cujos títulos, palavras-chave e resumos foram analisados para descobrir novos descritores relevantes para a segunda fase de pesquisa. Serviu ainda para, de forma simples, concluir que o autocuidado na sua globalidade é um tema abordado num elevado número de publicações na literatura em enfermagem dos últimos dez anos. O quadro 2 sintetiza os descritores que deram origem ao termo de pesquisa, de acordo com o vocabulário de onde provêm. Aqueles que não estão identificados, têm origem nos termos que surgem com frequência nos títulos, resumos e palavras chaves das publicações da primeira fase de pesquisa.

Quadro 2 - Seleção dos descritores e formulação do termo de pesquisa

QUESTAO PCC	Descritores inicialmente Selecionados	Descritores decorrentes da análise das publicações
População	<i>Aged / Idoso</i> [DECS, MESH, CINAHL HEADING] <i>Aged, 80 and over / Idoso de 80 Anos ou mais</i> [DECS, MESH, CINAHL HEADING]	<i>Elderly</i> <i>Old people</i> <i>Old age</i> <i>Older</i>
Conceito	<i>Clothing / Vestuário</i> [DECS, MESH, CINAHL HEADING] <i>Dressing</i>	<i>Clothing and Dress</i> <i>Dressing-Grooming</i> <i>Dressing in Old Age</i>
Contexto	<i>Nursing homes / Casas de Saúde</i> [DECS, MESH, CINAHL HEADING]	<i>Residential care</i> [CINAHL HEADING] <i>Assisted living</i> [CINAHL HEADING] <i>Homes for the Aged / Instituição de Longa</i> <i>Permanência para Idosos</i> [DECS, MESH]
Termo de pesquisa: (<i>aged OR elder* OR “old people” OR older OR “old age”</i>) AND (<i>dress* OR clothing OR “clothing and dress” OR “dressing-grooming” OR “dressing in old age”</i>) AND (<i>“nursing home” OR “residential care” OR “assisted living” OR “homes for the aged”</i>) [NO TÍTULO OU RESUMO OU PALAVRAS-CHAVE]		

A pesquisa ocorreu em agosto de 2020, através da aplicação do termo formulado nas bases de dados SCOPUS e Web of Science (WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI e SCIELO), bem como no repositório EBSCO (Academic Search Complete, CINAHL Complete, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SPORTDiscus with Full Text, MEDLINE, CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text).

A pesquisa de estudos não publicados incluiu o Google Académico e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Finalmente, numa terceira fase, foram analisadas as referências bibliográficas das publicações selecionadas, de forma a identificar outros potenciais estudos a incluir na revisão.

As referências disponíveis, distribuídas por fonte, são contabilizadas na tabela 1.

Tabela 1 - Referências disponíveis por fonte

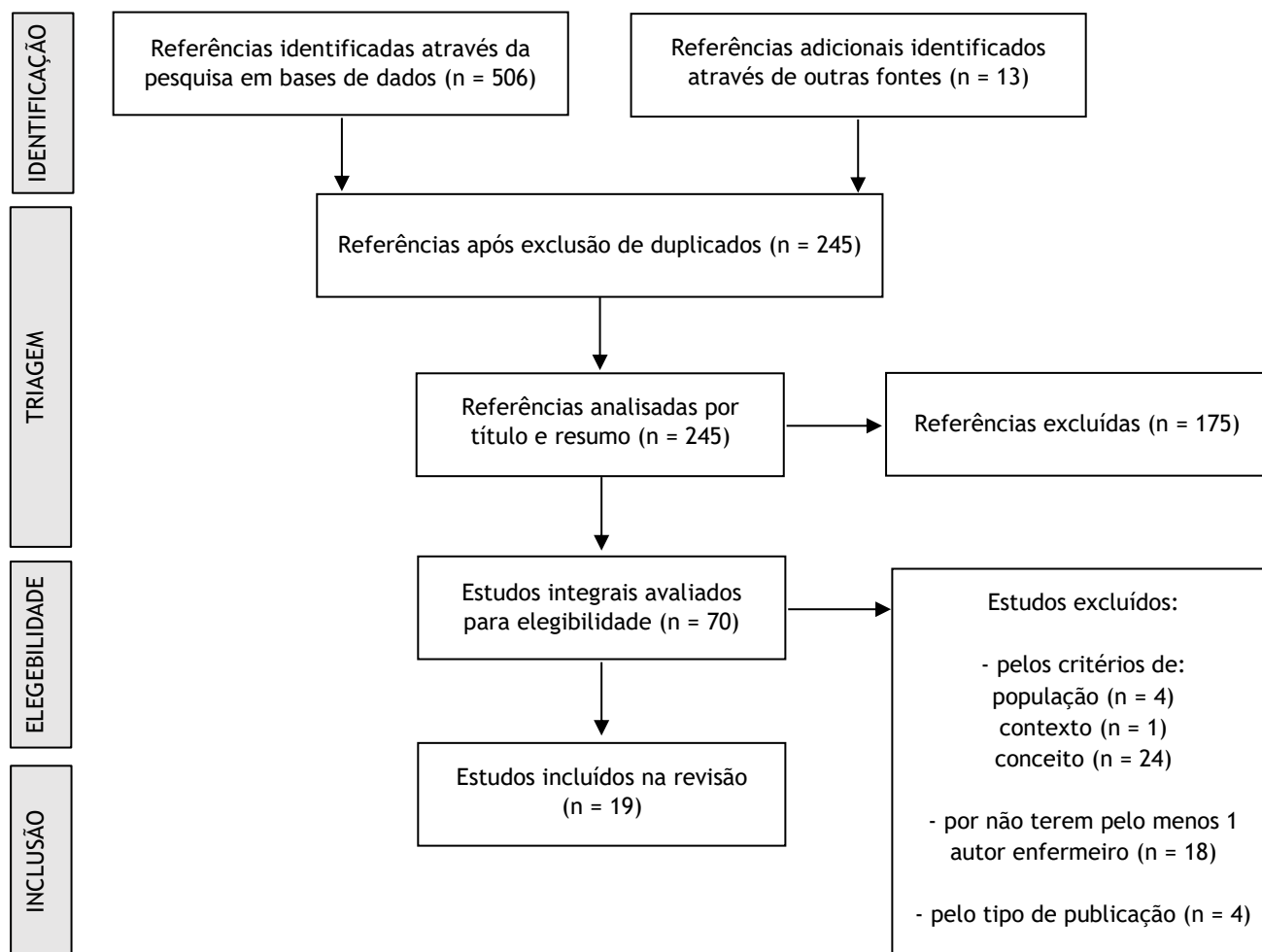
FONTE	Referencias disponíveis
EBSCO	214
SCOPUS	156
WEB OF SCIENCE	136

Foram assim identificadas nas bases de dados 506 publicações potencialmente relevantes. Foram também considerados estudos proveniente de outras fontes (10 do RCAAP, 2 do Google Académico e 1 das referências bibliográficas).

Todas estas referências foram exportadas para o software EndNote™ X9 para serem submetidas a um processo de seleção. Inicialmente, foram excluídos os duplicados. Seguidamente, foram analisados os títulos e resumos de todas as publicações. Os estudos que passaram esta fase inicial de triagem foram recuperados na íntegra e analisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para aferir a sua elegibilidade para a revisão.

Foram, finalmente, incluídos nesta revisão 19 estudos. Este processo é esquematizado no diagrama prisma da figura 1.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos



FONTE: adaptado de Moher et al. - The PRISMA Group (2009)

Depois de selecionados os estudos a incluir na revisão, seguiu-se a extração de dados, que corresponde ao processo de mapear os resultados, com a criação de um sumário descritivo dos estudos que estão alinhados com a questão da revisão (Peters, et al., 2020).

O quadro 3 apresenta a identificação dos estudos incluídos, por autor, ano e país.

Quadro 3 - Identificação dos estudos

AUTORES	ANO	PAÍS
L. Reis & G. Torres	2011	Brasil
F. Smanioto & M Haddad	2011	Brasil
C. Lisboa & T. Chianca	2012	Brasil
E. Mendes, A. Novo, L. Preto	2012	Portugal
L. Marinho et al.	2013	Brasil
J. Ribeiro	2013	Brasil
S. Saga et al.	2013	Noruega
L. Veríssimo	2013	Portugal
M. Rica-Escuín et al.	2014	Espanha
K. Talley et al.	2014	EUA
M. Machado	2015	Portugal
E. Risco et al.	2015	Europeu
A. Rodrigues	2015	Portugal
S. Schüssler, T. Dassen & C. Lohrmann	2015	Áustria
C. Levy et al.	2016	EUA
V. Pagotto et al.	2016	Brasil
C. Imaginário	2018	Portugal
I. Nogueira	2018	Portugal
P. Tsai et al.	2018	EUA

Os estudos selecionados foram publicados entre 2011 e 2018, com uma variação de 2 a 4 estudos por ano, excetuando o ano de 2017, no qual não foram publicados estudos relevantes para esta revisão.

Quanto ao país onde o estudo foi desenvolvido, encontramos predominantemente Portugal e o Brasil, com 6 estudos em cada, seguido dos EUA, com 3 estudos; encontramos ainda 1 estudo de Espanha, 1 da Áustria, 1 da Noruega e 1 estudo europeu que envolveu participantes da Inglaterra, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Holanda, Espanha e Suécia.

Os resultados de uma *scoping review* provêm da extração de dados e devem ser apresentados de forma esquemática, em concordância com os objetivos definidos (Peters, et al., 2020). O quadro 4 sintetiza as informações-chave dos estudos selecionados para a revisão: tipo de estudo, número de participantes, objetivos e resultados relevantes.

Quadro 4 - Extração dos dados

ESTUDO	Tipo	Nº idosos	Objetivos	Resultados
Reis & Torres (2011)	Descritivo transversal	60	Analisar a influência da dor na capacidade funcional	48,3% idosos dependentes para vestir-se. Há relação significativa entre dor e dependência para vestir-se.
Smaniotto & Haddad (2011)	Descritivo transversal	204	Avaliar o perfil e o grau de dependência	55,9% idosos dependentes para vestir-se; 2º autocuidado mais dependente
Lisboa & Chianca (2012)	Descritivo transversal	97	Descrever características clínicas, sociodemográficas e nível de independência funcional	51,7% idosos dependentes para vestir-se.
Mendes, Novo & Preto (2012)	Descritivo transversal	60	Caracterizar aspectos clínicos, sociodemográficos e funcionais de idosos com osteoartrite.	50% idosos dependentes para vestir-se.
Marinho et al (2013)	Descritivo transversal	125	Identificar o grau de dependência.	57,6% de idosos dependentes para vestir-se; 3º autocuidado mais dependente
Ribeiro (2013)	Descritivo transversal	160	Conhecer prevalência e fatores determinantes para desenvolver UP.	45,6% idosos dependentes para vestir-se. Há relação significativa entre ter UP e dependência para vestir-se.
Saga et al. (2013)	Descritivo transversal	980	Determinar relação das AVBD com a incontinência fecal.	Idosos com dependência para vestir-se têm maior probabilidade de apresentar incontinência fecal.
Veríssimo (2013)	Descritivo transversal	186	Caracterizar tipo e nível de dependência e perfil do autocuidado.	66,6% idosos dependentes para vestir-se; 3º autocuidado mais dependente
Rica-Escuín et al (2014)	Coorte	287	Analisar a associação entre fragilidade e agravamento ou novos casos de dependência.	52,3% idosos dependentes para vestir-se. Fragilidade está associada a agravamento da dependência para vestir-se.
Talley et al. (2014)	Descritivo transversal	2395	Identificar a prevalência e fatores associados a dependência no uso do sanitário.	32% idosos dependentes para vestir-se. Idosos dependentes para vestir-se têm 7x mais probabilidade de dependência no uso do sanitário.
Machado (2015)	Descritivo transversal	1131	Caraterizar a condição de saúde e identificar necessidades em cuidados de enfermagem.	52,5% idosos dependentes para vestir-se
Risco et al (2015)	Coorte	116	Investigar a associação entre dependência, sintomas neuropsiquiátricos e institucionalização de idosos com demência.	62,6% idosos dependentes para vestir-se; 74,1% após 3 meses. Há diferença significativa na dependência entre institucionalizados e cuidados em casa.
Rodrigues (2015)	Descritivo transversal	136	Caracterizar o grau de dependência no autocuidado e variáveis associadas	51,4% dependentes para vestir-se e despir-se.
Schüssler, Dassen & Lohrmann (2015)	Descritivo transversal	3577	Comparar grau de dependência e necessidades de cuidados de enfermagem de idosos com e sem demência.	Os idosos com demência são significativamente mais dependentes; vestir-se é 2º autocuidado mais dependente
Levy et al (2016)	Descritivo longitudinal	296051	Estabelecer valores de referência de: nº de dias, probabilidade e sequência da recuperação e perda de capacidade funcional	41,4% idosos dependentes para vestir-se e despir-se (aprox., na 1ª avaliação). É possível prever a sequência de perda de função nas ABVD; vestir-se ocupa a 4ª ou 5ª posição.
Pagotto et al (2016)	Descritivo transversal	75	Comparar prevalência e fatores associados à incapacidade funcional entre duas modalidades institucionais.	30,7% idosos dependentes para vestir-se nos Abrigos de Permanência Integral.
Imaginario (2018)	Descritivo transversal	313	Descrever nível, tipo de dependência e perfil de autocuidado	50,5% idosos dependentes para vestir-se; 4º autocuidado mais dependente
Nogueira (2018)	Quasi-experimental	23	Avaliar o impacto de um programa de exercício físico na capacidade funcional	Houve melhoria significativa após o programa para todas as dimensões de vestir-se
Tsai et al (2018)	Quasi-experimental	9	Examinar efeitos de um programa de educação de simulação de vídeo na capacidade para vestir-se de idosos com demência.	Os scores de dependência para vestir-se melhoraram mais de 3 vezes tanto no grupo experimental como no de controle.

Neste caso, de acordo com os objetivos da revisão, interessa compreender o tipo de estudos realizados, como avaliam a dependência para vestir-se e despir-se, que tarefas consideram parte deste autocuidado, que graus de dependência encontram, que variáveis lhe são associadas, que tipo de intervenções são implementadas para minimizar a dependência e com que benefícios ou riscos associados. Interessa também compreender a extensão da literatura disponível, em que áreas se foca e que lacunas evidencia.

Os estudos selecionados apresentam grande variabilidade no número de participantes, com um mínimo de 9, no estudo de Tsai e colaboradores (2018) e um máximo de 296051, no estudo de Levy e colaboradores (2016).

Os estudos subdividem-se, de forma global, em publicações académicas e artigos de revistas científicas. Os estudos de Ribeiro (2013), Veríssimo (2013), Rodrigues (2015) e Nogueira (2018) desenvolveram-se no âmbito de cursos de mestrado e os estudos de Machado (2015) e Imaginário (2018), em cursos de doutoramento.

Predominam estudos descritivos transversais. Os estudos de Lisboa e Chianca (2012) e de Smanioto e Haddad (2011) são predominantemente descritivos, sendo que o primeiro não estabelece qualquer relação entre variáveis e o segundo apenas relaciona o vestir-se e despir-se com o sexo. Marinho e colaboradores (2013) e Rodrigues (2015) estudam um maior número de relações entre variáveis, contudo apenas estabelecem relações a partir do autocuidado global.

Os estudos de Veríssimo (2013), Talley e colaboradores (2014), Machado (2015) e Imaginário (2018) procuram correlações entre variáveis de forma mais abrangente, no entanto nem sempre referentes ao vestir-se e despir-se. De facto, Veríssimo (2013) relaciona o vestir-se e despir-se com os perfis de autocuidado, Talley e colaboradores (2014) com o autocuidado uso do sanitário, Machado (2015) apenas com o sexo e a idade e Imaginário (2018) não apresenta qualquer correlação específica para esta variável.

Encontramos dois estudos que se focam nas diferenças entre grupos. Pagotto e colaboradores (2016) procuram diferenças entre duas modalidades de instituições residenciais para idosos e Schüssler, Dassen e Lohrmann (2015), entre idosos com e sem diagnóstico de demência.

Encontramos também estudos que focam uma patologia ou condição específica: Reis e Torres (2011) relacionam o vestir-se e despir-se com a dor, Ribeiro (2013) com as úlceras de pressão, Saga e colaboradores (2013) com a incontinência fecal. Risco e colaboradores (2015) e Tsai e colaboradores (2018) selecionaram apenas idosos com demência.

Numa metodologia diferente, enquanto estudos de coorte, verificamos que Rica-Escuín e colaboradores (2014) avaliam a incidência da dependência para vestir-se e despir-se num grupo de idosos com critérios de fragilidade e noutro sem estes critérios, com follow-up após um ano. De forma semelhante, Risco e colaboradores (2015) avaliam a evolução da

dependência ao fim de três meses em idosos com demência que se mantêm no domicílio ou que foram institucionalizados.

O estudo de Levy e colaboradores (2016) apresenta uma metodologia única nesta revisão, com o acompanhamento do mesmo grupo ao longo do tempo de forma a prever uma sequência na dependência no autocuidado, destacando a posição do vestir-se e despir-se.

Por fim, os estudos de Nogueira (2018) e Tsai e colaboradores (2018) partilham uma metodologia quasi-experimental: no primeiro caso com a comparação do mesmo grupo antes e após um programa de exercícios e, no segundo caso, com a comparação entre um grupo de controlo e um grupo experimental submetido a um programa educativo de simulação por vídeo.

Relativamente à avaliação da dependência para vestir-se e despir-se os estudos utilizam diferentes instrumentos; enquanto alguns não apresentam qualquer detalhe, outros subdividem o fenómeno de vestir-se e despir-se em função da parte do corpo vestida, tipos de peças de roupa, forma de posicionar e fixar a roupa e ainda processos de escolha e obtenção da roupa.

O instrumento utilizado com maior frequência é o Índice de Katz, que define a independência para vestir-se como a capacidade de, sem supervisão, orientação ou assistência pessoal, pegar na roupa do armário, vestir roupas íntimas, externas e cintos, podendo necessitar de ajuda para apertar os sapatos (Smanioto & Haddad, 2011; Lisboa & Chianca, 2012; Marinho et al., 2013; Ribeiro, 2013; Risco et al, 2015; Pagotto et al., 2016).

Segue-se em frequência de utilização o Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (FADA), utilizado nos estudos de Portugal. A versão original deste instrumento engloba como domínios de vestir-se e despir-se: escolher as roupas, retirá-las da gaveta e do armário, segurá-las, vesti-las e despi-las na parte superior e inferior do corpo, abotoá-las e desabotoá-las, usar cordões para amarrar, usar fechos, calçar e descalçar as meias, calçar e descalçar os sapatos (Veríssimo, 2013; Rodrigues, 2015; Machado, 2015; Imaginário, 2018). A versão reduzida engloba apenas: escolher as roupas, vesti-las na parte inferior do corpo; abotoar as roupas, usa cordões para amarrar e calçar as meias (Nogueira, 2018).

É também utilizado por diversos autores o Índice de Barthel, que não define o conceito de vestir-se, mas considera que a independência corresponde a fazer todas as tarefas sem ajuda, incluindo botões, fechos e atacadores (Reis & Torres, 2011; Saga et al., 2013; Rica-Escuín et al., 2014; Levy et al., 2016). Também, Imaginário (2018), para além do FADA, recorreu a este instrumento.

Tsai e colaboradores (2018) utilizam a Beck Dressing Performance Scale, específica para idosos com demência e muito detalhada, que define como tarefas de vestir-se e despir-se: obter roupa interior, t-shirt, camisa, calças, cada meia e sapato, posicionar cada uma dessas peças de roupa de forma adequada, colocar as pernas na roupa interior, puxar a roupa

interior e calças para a cintura, apertar a roupa interior, colocar a cabeça na abertura adequada e braços nas mangas, posicionar t-shirt e camisa de forma adequada no corpo, abotoar a camisa, colocar as pernas nas calças, apertar as calças, colocar e apertar o cinto, colocar cada meia e sapato no pé certo, amarrar ou prender cada sapato.

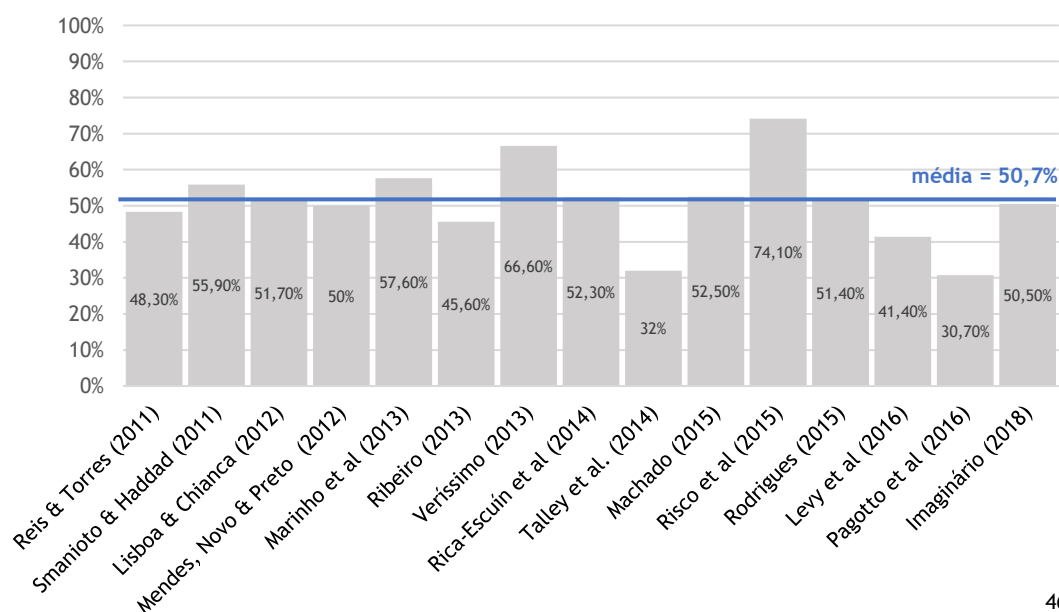
Schussler Dassen e Lohrmann (2015) utilizam a *Care Dependency Scale*; Mendes, Novo e Preto (2012) e Talley e colaboradores (2014) desenvolveram instrumentos especialmente para os seus estudos; nenhum destes instrumentos fornece detalhe acerca das tarefas de vestir-se e despir-se.

A aplicação destes instrumentos permitiu chegar a conclusões acerca da dependência para vestir-se e despir-se na população idosa em ERPI, que variou em termos de incidência entre um mínimo de 30,7%, no estudo de Pagotto e colaboradores (2016), e um máximo de 74,1%, no estudo de Risco e colaboradores (2015).

É possível que esta variação se explique pelo facto de no primeiro estudo terem sido excluídos participantes com défice cognitivo, sensitivo ou da fala que impossibilitasse a colheita de dados, enquanto no segundo estudo ter diagnóstico de demência tenha sido critério de inclusão e esta condição, segundo os próprios autores, resulte numa “*crescente necessidade de assistência devido à detioração na função física e cognitiva e alterações do comportamento*” (Risco et al, 2015 p. 980). Também no estudo de Talley e colaboradores (2014) foram excluídos participantes com demência e foi encontrada dependência para 32% dos idosos. A conclusão do estudo de Schüssler, Dassen e Lohrmann (2015) foi, precisamente, que a demência se associa a maior dependência.

A incidência da dependência para vestir-se e despir-se dos idosos institucionalizados dos estudos revistos, bem como o seu valor médio, são apresentadas no gráfico 1.

Gráfico 1 - Incidência da dependência para vestir-se e despir-se nos estudos revistos



Os estudos de Saga e colaboradores (2013) e Schussler Dassen e Lohrmann (2015) não fazem referência à incidência da dependência. Já no estudo de Tsai e colaboradores (2018) é critério de inclusão algum nível de dependência para vestir-se e despir-se, pelo que é uma característica comum à totalidade da amostra. O estudo de Nogueira (2018) apresenta a incidência da dependência por domínio do instrumento de avaliação, sem referir o valor global, tendo verificado maior dependência para calçar as meias (95,7%, antes da intervenção).

Vários autores são concordantes ao identificarem o vestir-se e despir-se como um dos autocuidados com maior percentagem de idosos dependentes, conforme apresentado no quadro 5, o que justificam pelo facto de ser um comportamento cultural, aprendido e não diretamente relacionado com a sobrevivência.

Quadro 5 - Domínios do autocuidado com mais dependentes

ESTUDO	Ordem decrescente por % de dependentes
Reis & Torres (2011)	1º transferir-se, 2º subir escadas, 3º andar, 4º vestir-se
F. Smaniotto & M Haddad (2011)	1º banho, 2º vestir-se
Lisboa & Chianca (2012)	1º banho, 2º vestir-se
Mendes, Novo, & Preto (2012)	1º banho, 2º vestir-se
Marinho et al. (2013)	1º banho, 2º higiene pessoal, 3º vestir-se
Ribeiro (2013)	1º continência, 2º banho, 3º higiene pessoal/transferir-se, 4º vestir-se/alimentar-se
Veríssimo (2013)	1º banho, 2º arranjar-se, 3º vestir-se
Rica-Escuín et al. (2014)	1º banho, 2º transferir-se, 3º vestir-se
Talley et al. (2014)	1º andar, 2º banho, 3º vestir
Machado (2015)	1º banho, 2º andar, 3º vestir-se/despir-se
Risco et al. (2015)	1º vestir-se
Rodrigues (2015)	1º banho, 2º medicação, 3º sanitário, 4º transferir-se, 5º vestir-se
Pagotto et al. (2016)	1º continência, 2º banho, 3º vestir-se
Imaginário (2018)	1º arranjar-se, 2º banho, 3º andar, 4º vestir-se

A utilização de instrumentos de avaliação variados pode explicar algumas das diferenças encontradas no quadro acima, como é o caso, por exemplo, de Talley e colaboradores (2014), que só avaliam o andar, o banho, a transferência, o sanitário e o vestir-se, enquanto, por exemplo Ribeiro (2013) já considera a higiene pessoal e Veríssimo (2013) o arranjar-se.

Alguns autores apresentam subdivisões de autocuidados que outros consideram um só, como por exemplo, subir escadas, que para Imaginário (2018) é englobado no andar, e para Reis e Torres (2011) é uma dimensão distinta.

Apesar destas diferenças, conseguimos concluir que o banho tem habitualmente maior número de dependentes que o vestir-se, como ocorre em doze dos catorze estudos incluídos no quadro 5 e que o mesmo acontece, em menor escala, com outras dimensões como arranjar-se ou higiene pessoal, transferir-se e andar.

Levy e colaboradores (2014) abordam esta questão numa perspetiva diferente, considerando a evolução dos idosos ao longo do tempo e concluem que o vestir-se e despir-se é um dos primeiros autocuidados a apresentar limitações, ocupando a 4ª posição nesta sequência.

Quanto aos fatores relacionados com a dependência, alguns dos estudos incluídos na revisão apontam relações significativas. Tanto Smnaioto e Haddad (2011) como Machado (2015) concluíram que a dependência para vestir-se e despir-se é mais comum em mulheres. Machado (2015) acrescenta também que a dependência aumenta progressivamente com a idade.

Veríssimo (2013), por sua vez, concluiu que idosos com perfil de autocuidado responsável são mais independentes para vestir-se enquanto o perfil de abandono se associa a maior dependência. Este último perfil de autocuidado provém de histórias de vida difíceis e reflete perspetivas negativas acerca do envelhecimento e do futuro, bem como a vivência de emoções como solidão e desamparo.

Reis e Torres (2011) e Ribeiro (2013), respetivamente, associam mais dependência para vestir-se e despir-se com a presença de dor e úlceras de pressão.

Talley e colaboradores (2014) concluíram que a dependência para vestir-se e despir-se é fator de risco para a dependência no uso do sanitário e Saga e colaboradores (2013), que é fator de risco para a incontinência fecal, o que faz sentido quando observamos que uma utilização do sanitário eficaz e em tempo útil pressupõe que sejam removida e depois vestida parte da roupa. Não fizeram, contudo, qualquer análise no sentido oposto, de modo a verificar influências no vestir-se e despir-se.

Ainda sobre relações entre diferentes domínios do autocuidado, Rica-Escuín e colaboradores (2014) concluíram que os idosos que têm dificuldade no banho têm habitualmente também dificuldades para vestir-se e andar.

Pagotto e colaboradores (2016) encontraram maior dependência em idosos que vivem em estruturas residenciais clássicas, de permanência integral, quando comparados com outros que vivem num sistema assistido, mas aberto. De forma concordante, Risco e colaboradores (2015) concluíram que a institucionalização está associada à dependência física e que

défices para vestir-se e despir-se são preponderantes na decisão de admissão numa instituição de longa duração para idosos.

A fragilidade caracteriza-se por perda de peso não intencional, falta de energia, exaustão, lentidão e baixa atividade de vida; segundo Rica-Escuín e colaboradores (2014) esta condição esta também relacionada com dependência para vestir-se e despir-se.

Os estudos focados em intervenções são escassos - apenas 2 foram identificados - e podem ser classificados como programas educativos e programas de treino físico.

O programa de Tsai e colaboradores (2018) consistiu em módulos presenciais de formação para cuidadores formais que abordavam temáticas como os efeitos da dependência, o impacto do cuidador, métodos para identificar limitações físicas e estratégias para providenciar assistência de acordo com as necessidades do idoso, seguindo-se, para o grupo experimental, o treino num simulador de vídeo num tablet. Este simulador apresentou cenas de idosos a vestirem-se, parando a cada tarefa para que o cuidador pudesse selecionar o tipo de assistência necessária: incentivo verbal, gestos ou demonstração, incentivo físico, assistência física ocasional ou completa.

Embora se tenha demonstrado uma estratégia de treino adaptada ao mundo atual e capaz de reduzir custos, os investigadores não a recomendam isoladamente, pois a mudança de comportamentos efetiva dos cuidadores parece depender mais de aspetos motivacionais e não se verificou diferença significativa na independência dos idosos entre grupos.

O programa de Nogueira (2018), por sua vez, foi direcionado para os idosos e consistiu em sessões de 60 minutos, três vezes por semana, durante 12 semanas, com componentes de força muscular, equilíbrio e flexibilidade, uma vez que influenciam diretamente o desempenho nas atividades de vida diária. Para além da melhoria na capacidade física, risco de queda, humor e outros domínios do autocuidado, o programa resultou em melhoria significativa em todas as atividades de vestir-se e despir-se. Efeitos adversos como sobrecarga e lesões foram tidos em conta no planeamento e não se verificou a sua ocorrência.

O número relativamente baixo de estudos incluídos e a grande variedade de conteúdos, limita as possíveis associações e categorização dos resultados.

Esta revisão permite concluir que o autocuidado é um fenómeno presente num elevado número de publicações, de tal forma que pesquisar unicamente por este termo, sem critérios adicionais, seria um processo extensíssimo.

Limitando a pesquisa à população, conceito e contexto de interesse para o presente estudo, o número de publicações diminui consideravelmente; ainda assim, facilmente concluímos que é um assunto estudado em diferentes países do mundo, por autores de diferentes áreas para além da enfermagem, nomeadamente medicina, fisioterapia, serviço social,

gerontologia e outras menos evidentes, como ciências farmacêuticas, medicina dentária, psicologia e economia.

É de destacar que mais de metade dos estudos acerca da dependência para vestir-se e despir-se em idosos institucionalizados têm pelo menos 1 autor enfermeiro (19 de um total de 37 da globalidade das áreas científicas), o que reforça que este tem sido um foco da investigação em enfermagem. Contudo, esta *scoping review* evidencia que, embora os enfermeiros tenham estudado esta questão na última década, os estudos produzidos são escassos e apenas um assume este autocuidado nesta população como foco principal. Revela-se também como uma lacuna a falta de estudos nos últimos dois anos.

Nesta revisão abordamos já de que forma os enfermeiros de reabilitação podem intervir no vestir-se e despir-se de idosos institucionalizados, mas este assunto merece ainda maior atenção, incluindo uma revisão das competências do enfermeiro de reabilitação.

1.4. A Enfermagem de Reabilitação: contributos para a independência no vestir-se e despir-se dos idosos institucionalizados

Considerando então as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, são o seu foco os cuidados que visam maximizar a funcionalidade e capacitar para o autocuidado ao longo do ciclo vital (OE, 2019). Deste modo, espera-se um contributo da enfermagem de reabilitação na promoção da independência dos idosos institucionalizados para vestir-se e despir-se.

Quando falamos nas instituições para idosos, em particular das ERPI, o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar é evidente, já que os idosos institucionalizados têm necessidade de cuidados permanentes nas 24h do dia e este é “o profissional com responsabilidades e competências na promoção da autonomia, vigilância de saúde, reabilitação, prevenção de complicações e garantia da qualidade de vida” (OE, 2013).

A presença de enfermeiros nas ERPI resulta em ganhos na qualidade da assistência e também ganhos económicos, já que promove a saúde, reduz o agravamento de situações de doença e previne o recurso a outros serviços de saúde e a hospitalização (OE, 2013).

A portaria n.º 67/2012 de 21 de março, que define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas, normatiza que estas instituições devem dispor de um enfermeiro para cada 40 residentes, sendo que, sempre que acolha idosos com elevados níveis de dependência, o rácio devera ser um

enfermeiro para cada 20 residentes. Segundo a mesma portaria, as ERPI definem-se como os estabelecimentos de alojamento coletivo que desenvolvem atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem, definição esta que destaca com evidência o papel dos enfermeiros nestas instituições.

Embora descreva claramente os rácios de enfermagem, a legislação não menciona a necessidade de estar presente nestas instituições um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Se considerarmos, contudo, o foco da legislação na promoção da autonomia e reabilitação, torna-se claro que esta especialidade da enfermagem tem lugar nas ERPI.

Organizações internacionais, nas quais podemos incluir a ONU, Organização Mundial de Saúde (OMS), Comissão Europeia e OCDE, empreendem estratégias globais para assegurar a representação e participação social e política, bem como a saúde e qualidade de vida das pessoas idosas, naquilo que definem como envelhecimento ativo (Cabral et al., 2013; Espírito-Santo & Daniel, 2019).

Para a OMS, o envelhecimento activo é o “processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002, p. 12); inclui também a participação social, económica, cultural, espiritual e cívica (OMS, 2002). A OCDE acrescenta a vertente da auto-determinação dos idosos na ocupação do seu tempo, enquanto pessoas produtivas para a sociedade e a economia (OCDE, 1998).

Em Portugal, o reconhecimento do envelhecimento ativo como indicador favorável do desenvolvimento dos países conduziu ao Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006), com continuidade na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (DGS, 2017).

Estas iniciativas assentam na adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e defendem a promoção da autonomia e independência como abordagem prioritária e indispensável no sector da saúde, tendo em vista, pelo tempo possível, a sua manutenção máxima, através de uma mudança de mentalidades e atitudes face ao envelhecimento e uma intervenção de melhoria do enquadramento ambiental e suporte às principais necessidades (DGS, 2006; DGS, 2017).

Definem linhas orientadoras da intervenção que vão ao encontro das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, particularmente a identificação de determinantes de dependência e abordagem de défices motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e sociofamiliares (DGS, 2006; DGS, 2017).

No seu exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação avalia a funcionalidade e as alterações que determinam incapacidades; identifica os fatores que influenciam o desempenho das AVD; diagnostica respostas desadequadas; concebe

planos de intervenção que otimizam ou reeducam funções; ensina e treina técnicas específicas de autocuidado; prescreve ajudas técnicas e dispositivos de compensação quando necessário; suplementa ou complementa as atividades de autocuidado relativamente às quais a pessoa é dependente. A capacitação e autonomia são indicadores de resultado das intervenções implementadas. (OE, 2015; OE, 2019).

A CIPE define intervenções de enfermagem como “ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado (...)” (ICN, 2002, p. 19). Estas intervenções podem dirigir-se a indivíduos, famílias e comunidades e incluem, para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a implementação de programas promotores da saúde, da função, da independência e da integração (OE, 2019).

A disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde, preventivos ou curativos e cuidadores formais ou informais, individuais ou institucionais (incluindo lares de idosos), são também determinantes da manutenção da independência e autonomia (OMS, 2002).

A institucionalização pode estar associada ao aumento da dependência. Num estudo longitudinal de 2 anos, Roig e colaboradores (2017) estudaram o autocuidado de idosos, concluindo que a dependência aumenta com o tempo de institucionalização. Concluíram que existe uma probabilidade de apenas 44% de manter a independência ao fim de 2 anos de institucionalização. Apesar disto, verificaram que 13% dos idosos melhoraram a sua capacidade de desempenho numa ou mais avaliações.

O estudo de Carvalho (2018), que caracteriza o perfil funcional de pessoas idosas no momento e após três meses de institucionalização, concluiu que existe uma diminuição significativa nessa variável entre os dois momentos de avaliação, ou seja, que três meses após a institucionalização os idosos apresentam menor capacidade para realizar as AVD.

Ao fim de 2 anos de institucionalização, Menezes e colaboradores (2011) encontraram declínio no estado de saúde e aumento da dependência dos idosos.

Perante estes dados, parece decisivo o papel do enfermeiro de reabilitação na mudança deste padrão de perda de capacidade funcional. Para tal, importa compreender que tipo de intervenções são eficazes nesse sentido.

Crocker e colaboradores (2013) levaram a cabo uma revisão sistemática da literatura que pretendia esclarecer os efeitos da reabilitação física em idosos institucionalizados. Incluíram 67 estudos com intervenções que pretendiam manter ou melhorar a função física, tipicamente envolvendo exercícios ativos ou passivos, individuais ou em grupo providenciada por profissionais da área de reabilitação. O principal indicador de resultado foi a alteração do desempenho de atividades de vida diária, mas consideraram também indicadores secundários como a tolerância ao exercício, força muscular, flexibilidade, equilíbrio, percepção do estado de saúde, humor, capacidade cognitiva e medo de cair. Estudaram como efeitos adversos a mortalidade, morbilidade e ocorrência de quedas ou outros acidentes.

As intervenções estudadas por Crocker e colaboradores (2013) incluíram o treino de força (bandas elásticas ou pesos) e flexibilidade, treino de AVD e de marcha, exercícios de equilíbrio, treino postural, exercícios de respiração e relaxamento, Tai Chi e atividades de lazer (jogos com bolas ou dança, artesanato, jardinagem, preparação de refeições). Estas intervenções ocorreram predominantemente em grupo, três vezes por semana, com duração de 45 minutos, em programas com duração variável, entre quatro semanas e um ano.

Os investigadores concluíram que a reabilitação física para idosos institucionalizados é segura e efetiva e melhora o desempenho físico e nas AVD, sem aumentar o risco dos efeitos adversos considerados. Encontraram, contudo, pouca significância estatística destes efeitos, facto que Levy e colaboradores (2016) explicam potencialmente pela duração reduzida e posterior descontinuidade dos programas de reabilitação, o que não acompanha a tendência dos idosos de melhorarem o desempenho de AVD ao longo de períodos de tempo maiores. É possível a recuperação de, mas o processo pode demorar meses.

Os resultados de Crocker e colaboradores (2013) corroboram a eficácia de programas de exercício, tal como o implementado por Nogueira (2018) e já anteriormente mencionado.

Uma outra revisão da literatura acerca de programas de reabilitação para idosos, encontrou como principais intervenções implementadas: aulas de treino físico em grupo, rastreios de saúde, massagem, tratamento a condições dos pés, formação sobre estilos de vida e referência a serviços de saúde especializados. De forma global, estes programas resultaram em aumento da independência funcional, com outros benefícios associados, como a melhoria da qualidade de vida, aumento da participação social, maior consciencialização sobre estilos de vida e melhoria do humor (Cardoso, 2016).

Muitas das doenças associadas ao envelhecimento têm origem em fatores comportamentais ao longo da vida, nomeadamente a inatividade, alimentação inadequada e consumo de substâncias como tabaco e álcool que podem; programas que visem alterar estes comportamentos podem ter um efeito na prevenção da dependência (OMS, 2002).

Todas as competências do enfermeiro de reabilitação podem ser recrutadas para implementar as intervenções acima referidas em programas de promoção da independência no autocuidado vestir-se e despir-se.

A par dos programas de reabilitação, nos cuidados diretos ao idoso ou na formação a outros profissionais, o enfermeiro de reabilitação tem um papel a desempenhar.

A participação do idoso deve ser solicitada, seja nas tarefas concretas de vestir-se, seja na seleção do vestuário (Sequeira, 2018). Borges (2018) estudou um programa de formação e supervisão de auxiliares de ação direta desenvolvido por enfermeiros de reabilitação e focado na promoção da independência dos idosos institucionalizados; concluiu que incentivar os idosos a desempenharem o autocuidado da forma mais independente possível resulta de facto numa melhoria do desempenho. O encorajamento, adaptação da

comunicação, uso de pistas e manutenção de uma rotina consistente ajudam a manter o desempenho (Hoeman, 2008).

Estar presente, supervisionar e reforçar as tentativas de vestir-se sozinho são intervenções simples e promotoras da independência, que podem dar resposta à insegurança dos idosos face à própria capacidade ou ao medo de cair (Valcarenghi et al., 2014).

Crocker e colaboradores (2013) referem que algumas regras institucionais, como a proibição da utilização da casa de banho sozinho, pode estar na base de maior dependência. Smanioto e Haddad (2011) consideram que as dinâmicas institucionais que visam economizar tempo, a percepção do envelhecimento como perda inevitável de função e a fraca preparação dos funcionários condicionam maior dependência. Reconhecer que a tarefa de vestir-se pode ser cansativa, dolorosa ou difícil, e providenciar um ambiente tranquilo e ajustado ao ritmo do idoso deve ser uma preocupação do enfermeiro.

Deve considerar-se também a gestão do ambiente e eliminação de barreiras, as quais podem estar presentes inclusivamente no vestuário. (Carpenito-Moyet, 2012; Valcarenghi et al., 2014).

Nesse sentido, em termos ergonómicos, o vestuário para idosos deve adequar-se às características antropométricas e posturais desta população, de forma a assegurar o bem-estar, a liberdade de movimentos e, conseqüentemente, a independência (Almeida, et al., 2018).

O enfermeiro de reabilitação deve contribuir para a seleção de vestuário adaptado, com materiais, folgas e aberturas devem adequados à realidade do idoso (Almeida, et al., 2018). Quando isto não é respeitado, verifica-se um excesso ou falta de tecido em determinadas áreas corporais, com formação de vincos, repuxamentos e torções. Golas mais abertas, cavas mais amplas, mangas e calças de comprimento adequado são facilitadoras. As roupas devem combinar maciez, elasticidade, controlo da humidade. Volumes exagerados ou muitas camadas de roupa limitam os movimentos (Marteli, 2017). De forma geral, peças que fecham com botões de pressão e magnéticos, elásticos e velcros facilitam a sua utilização; fechos, botões de casa e fitas podem ser dificultadores (Marteli et al, 2017).

Rodrigues (2015) encontrou um número muito reduzido de idosos que colmatam a sua dependência com recurso a equipamento. Considera que isto se deve ao facto de a primeira opção dos cuidadores ser a substituição da função em detrimento da promoção da independência. Esta é então uma oportunidade de intervenção para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, que tem as competências para seleccionar o equipamento adequado, treinar a sua utilização e, no caso das pessoas institucionalizadas, solicitar a sua aquisição.

Nos equipamentos adaptativos podemos incluir roupa personalizada, adaptadores de roupa e ajudas técnicas (Hoeman, 2008). O despacho n.º 7197/2016 lista os produtos de apoio para

vestir-se - produtos de apoio para calçar meias e collants, calçadeiras para sapatos e botas, seguradores de roupa, ganchos e cabos para vestir e despir, puxadores de fechos éclair e ganchos para abotoar - e aponta o enfermeiro de reabilitação como um possível prescritor dos mesmos.

O treino de técnicas específicas de autocuidado é um forte contributo da enfermagem de reabilitação para a independência. Deve fundamentar-se num ambiente de encorajamento e gestão das frustrações (Hoeman, 2008). O treino deve ser progressivo, incluindo novas tarefas quando as anteriores estiverem dominadas (Carpenito-Moyet, 2012). De forma global, o treino para idosos que apresentam apenas limitação ligeira na amplitude articular e diminuição da força, pode ser colmatado com a utilização de equipamentos. Idosos em cadeira de rodas ou com hemiparésia ou hemiplegia beneficiam de um treino mais específico, que inclui a ordenação e posicionamento do corpo e do vestuário de acordo com a zona afetada e peça de roupa (Hoeman, 2008).

De acordo com a evidência científica, é claro o contributo da enfermagem de reabilitação para a independência das pessoas idosas em ERPI; encontramos, contudo, uma maior referência à dependência global do que especificamente ao vestir-se e despir-se. Por este motivo, é necessário compreender a natureza desta dependência concreta e os possíveis fatores relacionados, facto que motiva a realização do presente estudo.

Em suma, o envelhecimento populacional é uma realidade demográfica atual que acarreta um desafio a todos os sectores da sociedade. Para os enfermeiros de reabilitação este é um foco de atenção urgente uma vez que o autocuidado é um conceito central para a enfermagem e a transição para a terceira idade merece cuidados atentos e específicos. As alterações biológicas, psicológicas e sociais dos idosos tornam vulnerável esta população, uma vez que conduzem a elevados níveis de dependência, particularmente para vestir-se e despir-se.

Apesar de na evidência científica existir suporte para diversas intervenções de enfermagem específicas que promovem a capacidade funcional, há ainda potencial para novos estudos que aprofundem este conhecimento. Conhecendo este background teórico, estamos em condições de traçar as opções metodológicas que orientam este estudo

2. PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

O planeamento do trabalho de campo corresponde à fase metodológica do estudo e inclui o conjunto das estratégias para dar resposta às questões de investigação, incluindo a determinação do desenho do estudo, a definição da população e amostra e a seleção de métodos de colheita de dados; trata-se de passar da conceptualização à operacionalização (Fortin, 2009).

O estudo parte dos objetivos, que determinam a forma como o investigador responde às questões de investigação. Estes definem o “*como?*”, indicam de forma clara qual o fim que é perseguido. São expressos através de verbos de ação adequados ao tipo de estudo e estado de conhecimento do fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Tendo em conta a importância da problemática em estudo, surge uma oportunidade para a investigação em enfermagem, pelo que nos interessa, definir como objetivos deste estudo:

- Caracterizar os idosos institucionalizados de acordo com as condições que interferem com o vestir-se e despir-se;
- Descrever as dificuldades que os idosos institucionalizados têm para vestir-se e despir-se;
- Relacionar as características (sociodemográficas, do estado e perceção de saúde e do autocuidado) dos idosos institucionalizados com as suas dificuldades para vestir-se e despir-se.

O estudo realizado enquadra-se na metodologia quantitativa. Trata-se de um estudo descritivo que visa determinar quais são as características e prevalência de um fenómeno (McEwen, et al., 2014) - neste caso do vestir-se e despir-se - e que permite obter uma visão geral de uma situação ou população - neste estudo, os idosos institucionalizados -, e descreve-los antes de estabelecer relações (Fortin, 2009).

Pode considerar-se um estudo exploratório na medida em que o seu propósito é ficar familiar com o fenómeno de investigação quando ele é ainda pouco conhecido e também afinar técnicas de investigação, estabelecer as questões a dar prioridade em estudos posteriores e alertar para potenciais dificuldades ou resistências (Piovesan, et al., 1995).

Para além da simples observação, a pesquisa exploratória investiga a natureza e fatores relacionados com o fenómeno de interesse (Polit, et al., 2010).

Em termos temporais, trata-se de um estudo transversal, cuja recolha de dados da amostra ocorreu num único e determinado momento no tempo, sem seguimento ao longo do tempo (Fortin, 2009).

Para orientação do estudo formulamos as questões de investigação, que decorrem diretamente dos objetivos e indicam o que o investigador quer obter como informação; indicam as variáveis e população em estudo (Fortin, 2009).

De forma a concretizar os objetivos delineados, são definidas as seguintes questões de investigação:

- Que características apresentam os idosos institucionalizados que podem influenciar o vestir-se e despir-se?
- Que dificuldades os idosos institucionalizados apresentam para vestir-se e despir-se?
- Existe relação entre as características sociodemográficas e o desempenho dos idosos institucionalizados a vestir-se e despir-se?
- Existe relação entre o estado de saúde e o desempenho dos idosos institucionalizados a vestir-se e despir-se?
- Existe relação entre a perceção da saúde e o desempenho dos idosos institucionalizados a vestir-se e despir-se?
- Existe relação entre as restantes dimensões do autocuidado e o desempenho dos idosos institucionalizados a vestir-se e despir-se?

2.1. População e amostra

A população corresponde ao agregado total de indivíduos ou elementos de interesse para o estudo, com características comuns e definidoras que vão ao encontro dos critérios de inclusão definidos pelo investigador (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2010); neste estudo constitui-se pelas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, que habitam em estruturas residenciais para idosos em Vila Nova de Famalicão.

O concelho de VNF pertence ao distrito de Braga e as suas 34 freguesias abrangem 202km² do território da região do Minho-Lima. De acordo com os Censos 2011, tem 133 832 habitantes, dos quais 18 444 têm idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2011; Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2019).

Em 2018, registou-se um índice de envelhecimento de 132,5 em Vila Nova de Famalicão, que traduz um envelhecimento crescente da população face a anos anteriores e acompanha as tendências nacionais e internacionais em termos de alterações demográficas (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2019).

O concelho dispõe de 21 estruturas residenciais para idosos, com capacidade para 744 residentes; 704 destas vagas encontravam-se preenchidas em janeiro de 2019 (Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, 2019).

Na impossibilidade de aceder à totalidade da população, foi definida uma amostra para o estudo, que corresponde a uma secção de elementos da população (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2010).

A tabela 2 lista as freguesias do concelho que dispõem de estruturas residenciais para idosos; expõe também o número de idosos residentes no concelho e o número de idosos institucionalizados distribuídos pelas freguesias listadas.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos residentes e constituintes da amostra por lares e freguesias

FREGUESIA	nº idosos residentes	nº lares existentes	nº idosos em lares
Bairro	631	1	24
Brufe	409	1	32
Castelões	269	1	36
Delães	568	1	12
Gavião	692	3	125
Joane	921	1	27
Lousado	658	1	28
Oliveira (São Mateus)	562	1	50
Pousada de Saramagos	282	1	19
Requião	418	1	17
Ribeirão	1003	1	40
União Freguesias Antas e Abade Vermoim	905	1	35
União das freguesias de Arnoso e Sezures	499	1	47
União Freguesias de Avidos e Lagoa	368	1	10
União Freguesias de Gondifelos, Cavaloes e Outiz	660	2	94
União das freguesias de Vale (S Cosme), Telhado e Portela	723	1	28
União Freguesias de Vila Nova de Famalicão e Calendário	2483	1	60
Vermoim	439	1	20
Outras	5954	0	0
TOTAL	18 444	21	704

Fontes: CENSUS 2011 (INE, 2011); Carta Social (Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, 2019)

A amostra deste estudo é não probabilística, acidental ou de conveniência, uma vez que se constitui pelos idosos que se encontravam disponíveis nas ERPI no momento de recolha de dados e que concordaram em participar no estudo. Esta técnica de amostragem consiste, precisamente, em escolher elementos em função da sua presença num determinado local num dado momento (Fortin, 2009).

Para além de terem idade igual ou superior a 65 anos e estarem integrados em estruturas residenciais para idosos, foram critérios adicionais de inclusão: a aceitação de participação no estudo e a ausência de défice cognitivo ou da comunicação verbal que inviabilizasse a aplicação do instrumento de colheita de dados, segundo registos do processo clínico e indicação do responsável de cada instituição.

Considerando a população em estudo e os critérios de inclusão definidos, foram então incluídos no estudo 200 idosos, pertencentes a 6 lares, com uma representatividade de 28,4%.

2.2. Variáveis do estudo e sua operacionalização

As variáveis, unidades base da investigação, são qualidades, propriedades ou características suscetíveis de mudarem ao longo do tempo, e que podem ser medidas, manipuladas ou controladas (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2010).

O investigador deve definir variáveis do estudo, não só em termos conceptuais, como também em termos operacionais. A operacionalização das variáveis é o processo de definir os procedimentos a aplicar para que estas sejam observadas e medidas com precisão (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2010).

Neste estudo consideramos como variáveis as características dos idosos que podem ter influência na sua dependência para vestir-se e despir-se: sociodemográficas, relacionadas com o seu estado de saúde, a sua perceção de saúde e a dependência/independência para o autocuidado. Destacamos a variável “vestir-se e despir-se”, já que é o fenómeno central em estudo.

A variável “características sociodemográficas”, operacionalizada na tabela 3, permite uma caracterização global dos idosos participantes no estudo, no que respeita ao sexo, idade, estado civil, alfabetismo, habilitações académicas, tempo e também motivo de institucionalização.

Tabela 3 - Operacionalização da variável: “características sociodemográficas”

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Sexo	Masculino	1
	Feminino	2
Idade	Nº de anos desde nascimento	Numérica
Estado civil	Solteiro(a)	1
	Casado(a)	2
	Divorciado(a)	3
	Viúvo(a)	4
Alfabetismo (ler/escrever)	Sim	1
	Não	2
Habilitações acadêmicas	Nenhuma	1
	Ensino básico - 1º ciclo (4º ano antigo)	2
	Ensino básico - 2º ciclo (6º ano antigo)	3
	Ensino básico - 3º ciclo (9º ano antigo)	4
	Ensino secundário - 12º ano (7º ano do liceu/propedêutico)	5
	Ensino pós-secundário - cursos especialização tecnológica	6
	Bacharelato	7
	Licenciatura	8
	Mestrado	9
	Doutoramento	10
Tempo na instituição	Menos de 1 ano	1
	1 ano	2
	2 anos	3
	3 anos	4
	4 anos	5
	5 anos ou mais	6
Motivo de institucionalização	Diagnóstico médico	1
	Limitação na Atividade de Vida Diária	2
	Morar só	3
	Estado civil	4
	Situação mental	5
	Ausência de suportes sociais	6
	Ausência/fragilidade na rede suporte familiar	7
	Situação de pobreza	8
	Vontade própria	9

A variável: “estado de saúde”, conforme apresentada na tabela 4, reporta-se às doenças diagnosticadas, número de medicamentos diários, número de quedas no último ano, estado nutricional e IMC.

O estado nutricional é avaliado com recurso à secção de triagem do Mini Nutritional Assessment (MNA) e os seus indicadores correspondem às três categorias de resultado deste instrumento (Loureiro, 2008; Nestle Nutrition Institute, 2019).

Tabela 4 - Operacionalização da variável: “estado de saúde”

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Doenças	Osteoporose	1
	Outras patologias osteoarticulares	2
	Doença de Parkinson	3
	Doença cerebrovascular	4
	Hipertensão arterial	5
	Outras patologias cardiovasculares	6
	Patologia oftalmológica	7
	Demência	8
	Depressão	9
	Síndrome vertiginoso	10
	Incontinência	11
	Diabetes	12
	Patologia oncológica	13
	Patologia respiratória	14
Número de medicamentos	Nenhum	1
	1 medicamento	2
	2 medicamentos	3
	3 medicamentos	4
	4 medicamentos	5
	5 medicamentos ou mais	6
Quedas no último ano	Nenhuma	1
	1 queda	2
	2 quedas	3
	3 quedas ou mais	4
Estado nutricional	Estado nutricional normal	1
	Sob risco de desnutrição	2
	Desnutrido	3
IMC	Baixo peso severo	1
	Baixo peso leve	2
	Eutrofia	3
	Pré-obesidade	4
	Obesidade de grau I	5
	Obesidade grau II	6

A variável: “percepção da saúde”, apresentada na tabela 5, refere-se à classificação que os participantes atribuem à sua saúde, de forma global e comparativamente a outras pessoas da mesma idade, à sua qualidade de vida e à sua satisfação com a vida. Engloba ainda a percepção de medo de cair no seu dia-a-dia.

Tabela 5 - Operacionalização da variável: “percepção da saúde”

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Percepção da saúde	Muito má	1
	Má	2
	Razoável	3
	Boa	4
	Muito boa	5
Percepção da saúde relativa (a pessoas da mesma idade)	Muito pior	1
	Pior	2
	Igual	3
	Melhor	4
	Muito melhor	5
Qualidade de vida	Muito má	1
	Má	2
	Razoável	3
	Boa	4
	Muito boa	5
Satisfação com a vida	Muito má	1
	Má	2
	Razoável	3
	Boa	4
	Muito boa	5
Medo de cair	Sim	1
	Não	2

As dimensões da variável: “autocuidado”, conforme a tabela 6, correspondem aos domínios: andar; transferir-se; virar-se; elevar-se; uso do sanitário; alimentar-se, arranjar-se e tomar banho, de acordo com o Formulário de Avaliação de Dependência no Autocuidado (Pereira, 2014).

Tendo em conta que é o fenómeno em estudo, vestir-se e despir-se é estudado como uma variável externa à variável: autocuidado.

Tabela 6 - Operacionalização da variável: “autocuidado”

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Andar: suporta o próprio corpo na posição de pé		
Andar: sobe e desce degraus		
Andar: percorre distâncias moderadas		
Transferir-se: transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão e da cadeira/cadeirão para a cama		
Virar-se: move o corpo, virando-o de um lado para o outro		
Elevar-se: levantar parte do corpo		
Uso do sanitário: posiciona-se na sanita ou na arrastadeira		
Uso do sanitário: ergue-se da sanita	Dependente, não participa	1
Uso do sanitário: ajusta as roupas após a higiene íntima	Necessita de ajuda de pessoa	2
Alimentar-se: prepara os alimentos para a ingestão	Necessita de equipamento	3
Alimentar-se: abre os recipientes	Completamente independente	4
Alimentar-se: pega no copo ou chávena		
Alimentar-se: leva os alimentos à boca com os utensílios		
Arranjar-se: penteia ou escova os cabelos		
Arranjar-se: cuida das unhas		
Arranjar-se: aplica o desodorizante		
Arranjar-se: mantém a higiene oral		
Tomar Banho: obtém objetos para o banho		
Tomar Banho: abre a torneira		
Tomar Banho: lava o corpo		

Finalmente, a operacionalização da variável: “vestir-se e despir-se”, operacionalizada na tabela 7, tal como as restantes dimensões do autocuidado, segue a classificação do Formulário de Avaliação de Dependência no Autocuidado (Pereira, 2014).

Tabela 7 - Operacionalização da variável: vestir-se e despir-se

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Vestir-se/Despir-se: escolhe as roupas	Dependente, não participa	1
Vestir-se/Despir-se: veste as roupas na parte inferior do corpo	Necessita de ajuda de pessoa	2
Vestir-se/Despir-se: abotoa as roupas	Necessita de equipamento	3
Vestir-se/Despir-se: usa cordões para amarrar		
Vestir-se/Despir-se: calça as meias	Completamente independente	4

Para descrever a variável de forma global, esta foi ainda convertida numa variável escalar. A cada grau de dependência foi atribuído um valor de 1 a 3, em grau crescente de independência, correspondendo o valor 1 a “dependente, não participa”, o valor 2 a “necessita de ajuda de pessoa” e o valor 3 a “completamente independente”. O somatório dos graus de independência de cada participante resulta numa variável que assume valores entre 5 e 15, sendo então 5 a dependência total e 15 a independência. Uma vez que a representação da utilização de equipamento não tem expressão na amostra, esta dimensão foi excluída nesta conversão da variável.

Enquanto a variável ordinal será utilizada para descrever o autocuidado vestir-se e despir-se, a escalar será utilizada para compreender a relação com as restantes variáveis em estudo.

2.3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados, na forma de formulário de entrevista, foi construído no âmbito do estudo Viver Bem Com Mais Idade (VB+I). Engloba um conjunto de questões dicotómicas ou de escolha múltipla, associadas a instrumentos previamente existentes, com reconhecida validade e fidelidade. Entre as questões do instrumento original, foram selecionadas aquelas que se adequam aos objetivos deste estudo: as de caracterização sociodemográfica, estado de saúde, perceção da saúde e autocuidado (Pereira, 2014).

O Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (FADA) engloba os domínios andar, transferir-se, virar-se, elevar-se, uso do sanitário, alimentar-se, arranjar-se, vestir-se e despir-se, tomar banho e tomar a medicação, avaliados numa escala de likert de quatro níveis (dependente não participa, necessita de ajuda de pessoa, necessita de equipamento e completamente independente) (Pereira, 2014). No estudo original, a dimensão “tomar os medicamentos” foi avaliada separadamente ao formulário, com recurso a outra escala.

Para avaliar o vestir-se e despir-se utilizamos uma sub-escala, correspondente aos cinco itens do FADA para essa dimensão. Para a avaliação da consistência interna desta sub-escala avaliamos o alfa de Cronbach, com resultado de 0,961, o que nos indica uma consistência interna muito boa. Embora a média seja diferente para cada item da escala, a variação não é muita. O desvio em torno da média é de 1,1 em todos os itens com exceção da escolha da roupa, que é 1,2.

O instrumento de colheita de dados do estudo original é apresentado no ANEXO I, com identificação das questões selecionadas para este estudo.

2.4. Procedimentos e métodos de recolha e tratamento de dados

O investigador seleciona os métodos de recolha de dados do estudo a partir da questão de investigação, conhecimento acerca das variáveis, desenho da investigação e instrumentos previamente existentes (Fortin, 2009).

Na investigação em enfermagem podem identificar-se três categorias de métodos de recolha de dados: autorrelato, observação e medidas biofisiológicas (Polit & Beck, 2010).

As medidas biofisiológicas relacionam-se com funções corporais e obtêm-se diretamente os indivíduos, como é o exemplo da pressão arterial. A observação permite colher dados diretos acerca de aspetos como comportamentos, atividades, comunicação não-verbal e condições ambientais. O autorrelato é o método mais frequentemente usado e consiste em questionar as pessoas, seja presencialmente, através da comunicação oral, em entrevistas; ou indiretamente, através da comunicação escrita, em questionários autoaplicados (Polit & Beck, 2010).

Atendendo à natureza quantitativa deste estudo, que pretende a obtenção de dados numéricos, mensuráveis e objetivos, e também às características da amostra, optou-se pela realização de entrevistas dirigidas, presenciais, tendo por base um formulário escrito, preenchido pelo investigador.

As entrevistas são um método facilitador para a recolha de dados de pessoas idosas, que podem apresentar dificuldades, por exemplo, no autopreenchimento de questionários. Garantem que a pessoa que responde é efetivamente a pretendida, associam-se a melhor compreensão das questões por parte dos participantes e resultam em maiores taxas de resposta (Polit & Beck, 2010).

As entrevistas dirigidas pressupõem um elevado controlo por parte do entrevistador, que coloca questões fechadas, com formulação e ordem predefinida, de forma uniforme a todos os participantes (Fortin, 2009).

Para além da realização da entrevista, de forma a corroborar e completar os dados obtidos, foram consultados os processos clínicos dos idosos, com orientação do responsável de cada instituição.

A recolha de dados ocorreu nas instalações das instituições que aceitaram participar no estudo, como descrito na amostra do estudo. Um grupo de enfermeiros, em colaboração com os investigadores do estudo original, entrevistaram individualmente os idosos nos meses de julho, agosto, setembro e dezembro de 2018, de acordo com a disponibilidade da instituição. O instrumento de recolha de dados original, bem como as suas instruções de

utilização, foram disponibilizados previamente através de email e a sua aplicação foi uniformizada numa reunião anterior à colheita de dados.

O responsável de cada instituição disponibilizou uma listagem dos utentes inscritos que foram, um a um, encaminhados pelos funcionários da instituição para o local de colheita de dados, de acordo com os critérios de inclusão no estudo. Cada idoso recebeu informações acerca dos objetivos e contexto do estudo, bem como dos seus direitos enquanto participante. Perante esta informação, o instrumento de colheita de dados foi aplicado a todos os idosos que aceitaram participar.

O instrumento de recolha de dados original foi construído, com a colaboração dos serviços do Centro Informático e Técnico da ESEP, no software Cardiff Teleform®, que permite uma posterior leitura automática dos dados. Este procedimento possibilitou redução significativa no tempo de tratamento dos dados, bem como minimização de eventuais erros.

Após a leitura ótica dos formulários preenchidos, o software inspecionou os dados, também de forma automática, de forma a detetar eventuais anomalias. Este processo foi realizado e confirmado pela equipa de investigação.

Os dados foram em seguida exportados para uma base de dados do software IBM SPSS® versão 25, na qual foram submetidos aos procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial adequada ao estudo.

2.5. Considerações éticas

Como a investigação em saúde envolver seres humanos, as questões éticas estão presentes desde o início. As pessoas institucionalizadas são um grupo particularmente vulnerável uma vez que podem sentir-se obrigadas a participar em projetos de investigação, por dever ou receio de represálias (Fortin, 2009).

Os participantes em projetos de investigação têm direito ao consentimento livre e esclarecido em respeito à sua autonomia (Fortin, 2009). Para tal, devem dispor de toda a informação essencial acerca do que implica a sua participação, incluindo riscos e benefícios e ter oportunidade para refletir antes de aceitar participar. Deve ser também evidenciada a possibilidade de cessar a sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Neste estudo, para além destas considerações, salienta-se a exclusão dos idosos com défice cognitivo, o que poderia condicionar uma decisão de participação devidamente ponderada.

Deve também ser respeitado o direito à vida privada e confidencialidade das informações pessoais (Fortin, 2009). Neste estudo, este direito é assegurado pela disponibilização de espaços físicos com privacidade, colheita de dados sem qualquer forma de coerção e construção de formulários de colheita de dados sem elementos identificativos do participante. Nenhuma informação obtida é comunicada a terceiros pessoas, não envolvidas no estudo; a divulgação de resultados para fins científicos pressupõe o anonimato.

O equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, em respeito do direito à justiça e equidade, deve também ser considerado (Fortin, 2009). A seleção dos participantes decorreu do problema em investigação e não motivada por questões de conveniência. Consideram-se como vantagens previstas para o estudo a melhoria do conhecimento acerca da dependência de idosos institucionalizados e, como tal, a possibilidade de melhoria dos cuidados de que estes dispõem. O trabalho direto com as instituições pretende ser uma forma de consciencialização para a importância da promoção da autonomia e independência. A nível individual, espera-se que o estudo contribua para um sentido de realização pessoal dos idosos e contribua para combater a solidão. Em termos de inconvenientes esperados, antevê-se o impacto emocional das questões relacionadas com o percurso de vida, condição de saúde atual e confronto com as limitações. Perante a identificação de problemas de saúde ou sociais novos, e de acordo com aceitação por parte do idoso, prevê-se a notificação dos profissionais da instituição.

Depois de implementados todos os procedimentos de colheita e tratamento de dados, ficamos em condições de apresentar resultados acerca da expressão do vestir-se e despir-se na realidade dos idosos das instituições em estudo.

3. A EXPRESSÃO DO VESTIR-SE E DESPIR-SE NA REALIDADE DOS IDOSOS

A recolha de dados, por si mesma, não responde a nenhuma das questões de investigação; resulta sim num conjunto de dados que seria caótico sem uma análise estatística (Polit, et al., 2010). Para conhecermos a real expressão do vestir-se e despir-se na realidade de idosos, os dados anteriormente recolhidos devem ser organizados, analisados e, dada a natureza do estudo, expressos em informação numérica (Polit, et al., 2010).

A análise de dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos deve iniciar-se pela estatística descritiva, que permite descrever as características da amostra (Fortin, 2009). Assim, este capítulo inicia-se pela caracterização da amostra com base na apresentação das tabelas de frequência (número-n e percentagem-%) e de medidas de tendência central.

Habitualmente, a investigação pretende mais do que sumariar dados; o investigador pretende chegar a conclusões acerca da população através dos dados da amostra. A estatística inferencial permite esta generalização (Fortin, 2009; Polit, et al., 2010).

A inferência estatística parte do princípio que a amostra é retirada de forma aleatória da população, contudo, na prática, isto pode não se verificar e as características da amostra não são necessariamente fiéis às da população, o que reflete o erro amostral (Fortin, 2009). Neste estudo, face ao tamanho da amostra, verificamos que para um nível de confiança de 95% ocorre uma margem de erro de 5,87%.

Uma vez que não se verificam os princípios de uma distribuição normal das variáveis, neste estudo são utilizados testes estatísticos não paramétricos.

O teste do qui-quadrado é usado para testar hipóteses acerca da proporção de casos em diferentes categorias, numa tabela de contingência. Calcula-se com base nas diferenças entre as frequências observadas em cada célula e as frequências esperadas se não houvesse relação entre as duas variáveis (Polit, et al., 2010). Pode ser utilizado para variáveis nominais ou ordinais com poucas categorias. Neste estudo é utilizado para o cruzamento da variável “vestir-se e despir-se” com “doenças” e “autocuidado”.

Para a utilização do teste do qui-quadrado existem dois pressupostos: que no máximo 20% das células tenham frequências esperadas inferiores a 5 e que sejam raras as frequências esperadas iguais a 1 (Pestana, et al., 2014).

Para determinar relações entre as restantes variáveis e “vestir-se e despir-se” (transformada em variável escalar), foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney e o Teste de Kruskal-Wallis. Ambos os testes permitem detetar diferenças entre grupos com base na comparação da

localização do seu centro, sendo o primeiro utilizado na comparação de dois grupos e o segundo para múltiplos grupos (Pestana, et al., 2014).

O facto de o indicador “necessita de equipamento” da variável “vestir-se e despir-se” ter pouca expressão, como veremos mais à frente em detalhe, poderia comprometer os pressupostos dos testes aplicados, pelo que este foi excluído no cruzamento das variáveis.

A aplicação de todos estes testes permitiu-nos ir além da caracterização da amostra, estabelecendo relações entre as variáveis. Deste modo, conseguimos ir ao encontro de cada um dos três objetivos definidos inicialmente para o estudo.

3.1. Caracterização dos idosos institucionalizados

A concretização do primeiro objetivo do estudo prende-se com a caracterização dos idosos da amostra, de acordo com as condições que interferem com o vestir-se e despir-se.

Como referido anteriormente, a amostra deste estudo constitui-se por 200 idosos institucionalizados do concelho de Vila Nova de Famalicão, sendo 71,5% do sexo feminino e 28,5% do sexo masculino.

A idade média dos constituintes da amostra é de 81,3 anos ($\sigma=8,0$), sendo a idade mínima de 65 anos e a máxima de 100 anos. A maioria dos idosos apresenta idade compreendida entre 81 e 90 anos. A distribuição da amostra por classes de idade apresenta-se na tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição da amostra por classe de idades

CLASSES DE IDADES	n	%
65 a 70 anos	27	13,5
71 a 80 anos	52	26,0
81 a 90 anos	101	50,5
Mais de 90 anos	20	10,0

Quanto ao estado civil, 20,1% dos participantes são solteiros, 18,1% são casados, 5,0% são divorciados e 56,8% são viúvos (não foi obtida resposta nesta dimensão para um participante).

Mais de metade dos idosos concluiu algum nível de ensino escolar; em contrapartida, 41,5% não tem qualquer escolaridade. Na sua maioria, os participantes concluíram o 1º ciclo de ensino (50,5%). Incluem-se também na amostra idosos que concluíram o 2º ciclo (2,5%), 3º ciclo (0,5%), ensino secundário (2,0%), curso de especialização tecnológica (1,5%) e licenciatura (1,5%). A maioria dos participantes sabe ler e escrever (67,3%) (não foi obtida resposta nesta dimensão para um participante).

O tempo de institucionalização com maior representatividade é de 5 anos ou mais (45,5%). Em média o tempo de institucionalização é de 3,04 anos (com desvio padrão $\sigma=1,954$). A distribuição da amostra por tempo de institucionalização é apresentada na tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição da amostra por tempo de institucionalização

TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO	N	%
Menos de 1 ano	25	12,5
1 ano	38	19,0
2 anos	25	12,5
3 anos	15	7,5
4 anos	10	5,0
5 anos ou mais	87	43,5

Os motivos de institucionalização (tabela 10) mais frequentemente apontados pelos idosos são a ausência ou fragilidade do suporte familiar ($n=98$) e limitação nas atividades de vida diária ($n=89$). Também são motivos de institucionalização representativos o facto de morarem sozinhos ($n=57$) e o diagnóstico médico ($n=46$). Dos 200 idosos da amostra, apenas 35 foram institucionalizados por vontade própria.

Tabela 10 - Distribuição da amostra por motivo de institucionalização

MOTIVO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO	Sim	Não
Diagnóstico médico	46	154
Limitação na Atividade de Vida Diária	89	111
Morar só	57	143
Estado civil	8	192
Situação mental	32	168
Ausência de suportes sociais	38	162
Ausência/fragilidade na rede suporte familiar	98	102
Situação de pobreza	6	194
Vontade própria	35	165

A hipertensão arterial (n=120) e outras patologias cardiovasculares (n=99) são as patologias crônicas diagnosticadas com maior frequência entre os idosos da amostra, seguidas de outras patologias osteoarticulares que não osteoporose (n=96), como vemos na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição da amostra por patologias diagnosticadas

PATOLOGIA	Sim	Não
Osteoporose	55	145
Outras patologias osteoarticulares	96	104
Doença de Parkinson	19	181
Doença cerebrovascular	78	122
Hipertensão arterial	120	80
Outras patologias cardiovasculares	99	101
Patologia oftalmológica	65	135
Demência	87	113
Depressão	50	150
Síndrome vertiginoso	12	188
Incontinência	43	157
Diabetes	39	161
Patologia oncológica	11	189
Patologia respiratória	32	168

Apenas 19,7% dos idosos não toma qualquer medicação diária, porém os restantes tomam pelo menos um ou mais medicamentos por dia. A distribuição da amostra por número de medicamentos diários é apresentada na tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição da amostra por número de medicamentos diários

NÚMERO DE MEDICAMENTOS	n	%
Nenhum	39	19,7
1 medicamento	18	9,1
2 medicamentos	37	18,7
3 medicamentos	20	10,1
4 medicamentos	17	8,6
5 medicamentos ou mais	67	33,8

(omissos =2)

No último ano, 46,5% dos idosos não apresentaram nenhuma queda; já os restantes registam história de queda: 36,5% apresentaram uma queda, 8,5% duas quedas e também 8,5% três quedas ou mais. A distribuição da amostra por número de quedas no último ano é apresentada na tabela 13. A maioria, 62,5%, dos idosos refere ter medo de cair.

Tabela 13 - Distribuição da amostra por número de quedas no último ano

NÚMERO DE QUEDAS	n	%
Nenhuma	93	46,5
1 queda	73	36,5
2 quedas	17	8,5
3 quedas ou mais	17	8,5

Quanto ao estado nutricional, 46,3% dos idosos apresentam estado nutricional normal, 38,9% apresentam risco de desnutrição e 14,7% estão desnutridos (não foi possível obter score da triagem do MNA para 10 participantes).

No que respeita ao IMC (tabela 14), a maioria dos idosos apresenta valores superiores ao intervalo indicado como saudável (69,4%), 28,1% encontra-se no intervalo de eutrofia e 2,5% apresenta baixo peso.

Tabela 14 - Distribuição da amostra por IMC

IMC	N	%
Baixo peso severo	2	1,0
Baixo peso leve	3	1,5
Eutrofia	56	28,1
Pré-obesidade	62	31,2
Obesidade de grau I	70	35,2
Obesidade grau II	6	3,0

(omissos =1)

Com maior frequência, os idosos percebem como “razoável” a sua saúde (45,7%) e a sua qualidade de vida (45,4%), e como “boa” a sua satisfação com a vida (46,5%), conforme apresentado na tabela 15. Para as duas primeiras dimensões, segue-se em frequência a percepções de “boa” (26,3% e 38,4%, respectivamente) e em seguida de “má” (18,3% e 10,3%, respectivamente). Para a satisfação com a vida, segue-se em frequência a percepção “razoável” (34,6%) e, depois, “má” (10,8%). Os extremos “muito má” e “muito boa” tem baixa representatividade para todas as dimensões.

Tabela 15 - Descrição da percepção da saúde, qualidade de vida e satisfação com a vida

DIMENSÕES	Muito má		Má		Razoável		Boa		Muito boa	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Percepção da saúde	8	4,3	34	18,3	85	45,7	49	26,3	10	5,4
Qualidade de vida	4	2,2	19	10,3	84	45,4	71	38,4	7	3,8
Satisfação com a vida	5	2,7	20	10,8	64	34,6	86	46,5	10	5,4

(omissos: percepção da saúde=14; qualidade de vida=15; satisfação com a vida=15)

Os idosos da amostra percebem, com maior frequência, a sua saúde como “melhor” (42,7%) ou “igual” (33,5%) em relação as outras pessoas da mesma idade, como mostra a tabela 16. A percepção como “muito pior” tem a menor representatividade (3,2%).

Tabela 16 - Descrição da percepção da saúde relativa a pessoas da mesma idade

DIMENSÕES	Muito pior		Pior		Igual		Melhor		Muito melhor	
	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Percepção da saúde relativa	6	3,2	23	12,4	62	33,5	79	42,7	15	8,1

(omissos=15)

Para além das características sociodemográficas e da percepção da saúde, interessa também analisar o autocuidado dos idosos da amostra.

No que respeita ao “andar” (tabela 17), encontramos a maior percentagem de idosos completamente independentes na dimensão “suporta o próprio corpo na posição de pé” (35,0%); seguindo 31,5% de idosos completamente independentes para percorrer distâncias moderadas e 29,5%, para subir e descer degraus.

Em contrapartida, 38,0% dos idosos são dependentes, não participam, em subir e descer degraus, seguindo-se 25,5% para percorrer distâncias moderadas e 22,5% para suportar o próprio corpo na posição de pé.

Por outro lado, os idosos necessitam de ajuda de pessoa predominantemente para percorrer distâncias moderadas (25,5%), e, seguida, para subir e descer degraus (24,0%) e para suportar o próprio corpo na posição de pé (21,5%).

A utilização de equipamento é mais frequente para suportar o próprio corpo na posição de pé (21,0%) e para percorrer distâncias moderadas (17,5%); tem menor expressão para subir e descer degraus (8,5%).

No somatório das três dimensões de andar, encontramos mais idosos classificados como completamente independentes; ainda assim, prevalecer ter algum nível de dependência (há mais idosos que não participam ou necessitam de ajuda de pessoa ou equipamento do que idosos completamente independentes).

Tabela 17 - Descrição do autocuidado andar

DIMENSÕES	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Andar: suporta o próprio corpo na posição de pé	45	22,5	43	21,5	42	21,0	70	35,0
Andar: sobe e desce degraus	76	38,0	48	24,0	17	8,5	59	29,5
Andar: percorre distâncias moderadas	51	25,5	51	25,5	35	17,5	63	31,5

A tabela 18 apresenta a descrição dos autocuidados transferir-se, virar-se e elevar-se, que apresentam percentagens de idosos semelhantes para cada nível de dependência ou independência.

Tabela 18 - Descrição dos autocuidados transferir-se, virar-se e elevar-se

DIMENSÕES	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Transferir-se: transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão e da cadeira/cadeirão para a cama	44	22,0	64	32,0	14	7,0	78	39,0
Virar-se: move o corpo, virando-o de um lado para o outro	33	16,5	60	30,0	3	1,5	104	52,0
Elevar-se: levantar parte do corpo	37	18,5	62	31,0	9	4,5	92	46,0

Para transferir-se, virar-se e elevar-se encontramos com maior frequência, idosos completamente independentes (39,0%, 52,0% e 46,0%, respectivamente). Em seguida, é mais frequente necessitarem de ajuda de pessoa para estes autocuidados (32,0%, 30,0% e 31,0%, respectivamente).

Por outro lado, 22,0% dos idosos são dependentes, não participam, em transferir-se, 16,5% em virar-se e 18,5% em elevar-se.

Para estes autocuidados, o maior número de idosos que usa equipamento verifica-se para transferir-se (7,0%), ainda assim com baixa representatividade, seguindo-se 4,5% para elevar-se e 1,5% para virar-se.

Apenas para virar-se a maioria dos idosos é completamente independente; para transferir-se e elevar-se predomina ter algum nível de dependência, seja não participar ou compensada por ajuda de pessoa ou equipamento.

Agora no que respeita ao uso do sanitário, descrito na tabela 19, para cada uma das suas dimensões os idosos são com maior frequência completamente independentes: 44,0% para posicionar-se na sanita ou na arrastadeira e também para erguer-se da sanita, e 40,5% para ajustar as roupas após a higiene íntima.

O uso de equipamento varia entre 3,0% e 4,5% nas três dimensões.

Tal como verificamos para o autocuidado andar, no somatório de todas as dimensões do uso do sanitário, encontramos prevalência da classificação “completamente independente”, ainda que num valor menor que o somatório das três categorias de dependência.

Tabela 19 - Descrição do autocuidado uso do sanitário

DIMENSÕES	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uso do sanitário: posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	37	18,5	67	33,5	8	4,0	88	44,0
Uso do sanitário: ergue-se da sanita	38	19,0	65	32,5	9	4,5	88	44,0
Uso do sanitário: ajusta as roupas após a higiene íntima	37	18,5	76	38,0	6	3,0	81	40,5

Para alimentar-se, como descrito na tabela 20, 78,0% dos idosos são completamente independentes para pegar no copo ou chávena, 77,0% para levar os alimentos à boca com os utensílios na dimensão, 46,0% para abrir recipientes e 30,7% para preparar os alimentos para a ingestão. Verificamos assim que há uma maioria de idosos completamente independente nas primeiras duas dimensões referidas.

No extremo oposto, 28,6% dos idosos são dependentes, não participam, em preparar os alimentos para a ingestão, 23,5% em abrir os recipientes, 13,0% em pegar no copo ou chávena e 12,0% em levar os alimentos à boca com os utensílios.

Uma vez mais, o uso de equipamento tem fraca expressão, com frequência máxima de 1,0% para abrir os recipientes, e nenhum idoso a utilizar este recurso para preparar os alimentos para a ingestão.

No geral de todas as dimensões do alimentar-se, prevalece ser completamente independente, em relação ao conjunto dos outros três níveis de dependência.

Tabela 20 - Descrição do autocuidado alimentar-se

DIMENSÕES	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Alimentar-se: prepara os alimentos para a ingestão	57	28,6	81	40,7	0	0,0	61	30,7
Alimentar-se: abre os recipientes	47	23,5	59	29,5	2	1,0	92	46,0
Alimentar-se: pega no copo ou chávena	26	13,0	17	8,5	1	0,5	156	78,0
Alimentar-se: leva os alimentos à boca com os utensílios	24	12,0	21	10,5	1	0,5	154	77,0

(omissos: prepara os alimentos para a ingestão=1)

Para arranjar-se, conforme apresentado na tabela 21, 42,0% dos idosos são completamente independentes para manter a higiene oral, 41,0% para pentear ou escovar os cabelos, 37,5% para aplicar o desodorizante e 22,0% para cuidar das unhas.

São dependentes, não participam, 27,5% dos idosos para cuidar das unhas, 20,0% para aplicar o desodorizante, 18,5% para manter a higiene oral e 17,0% para pentear ou escovar os cabelos.

Metade dos idosos necessita de ajuda de pessoa para cuidar das unhas; 41,5% para aplicar o desodorizante, 39,5% para pentear ou escovar os cabelos e 38,5% para manter a higiene oral.

No máximo, 2,5% usam equipamento, para pentear ou escovar os cabelos.

No somatório de todas as dimensões, encontramos predominantemente idosos com algum grau de dependência face a idosos completamente independentes, sendo mais frequente necessitar de ajuda de pessoa do que qualquer outro nível de dependência ou independência.

Tabela 21 - Descrição do autocuidado arranjar-se

DIMENSÕES	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Arranjar-se: penteia ou escova os cabelos	34	17,0	79	39,5	5	2,5	82	41,0
Arranjar-se: cuida das unhas	55	27,5	100	50,0	1	0,5	44	22,0
Arranjar-se: aplica o desodorizante	40	20,0	83	41,5	2	1,0	75	37,5
Arranjar-se: mantém a higiene oral	37	18,5	77	38,5	2	1,0	84	42,0

No que respeita a tomar banho, conforme a tabela 22, em todas as dimensões é mais frequente os idosos necessitarem de ajuda de pessoas: 52,5% para lavar o corpo, 45,5% para obter objetos para o banho e 40,5% para abrir a torneira. Por este motivo, também no somatório de todas as dimensões, é esta a classificação mais frequente.

35,5% dos idosos são completamente independentes para abrir a torneira, 28,0% para obter objetos para o banho e 22,0% para lavar o corpo. Em contrapartida, 26,0% são dependentes, não participam, em obter objetos para o banho, 24,0% para abrir a torneira e 23,5% para lavar o corpo.

Os idosos usam equipamento para obter objetos para o banho e para lavar o corpo, com um mínimo de 0,5% para obter objetos para o banho e um máximo de 2,0% para lavar o corpo.

Tabela 22 - Descrição do autocuidado tomar banho

DIMENSÕES	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Tomar Banho: obtém objetos para o banho	52	26,0	91	45,5	1	0,5	56	28,0
Tomar Banho: abre a torneira	48	24,0	81	40,5	0	0,0	71	35,5
Tomar Banho: lava o corpo	47	23,5	105	52,5	4	2,0	44	22,0

Em suma, o elemento característico da amostra é mulher, de 81 anos, viúva, com o 1º ciclo de escolaridade, sabe ler e escrever, e vive há 5 anos ou mais na ERPI, por fragilidade do suporte familiar ou limitação na vida diária. Tem diagnosticada pelo menos uma patologia crónica, mais possivelmente hipertensão arterial ou outra patologia cardiovascular, e toma pelo menos 1 medicamento por dia; de facto, muito possivelmente a pluripatologia e a polimedicação são a sua realidade.

Apresentou pelo menos uma queda no último ano e revela medo de cair. O seu estado nutricional é normal, porém o seu IMC encontra-se acima do intervalo saudável. Na sua perspetiva, tem uma qualidade de vida razoável e uma boa satisfação com a vida; considera a sua saúde razoável e melhor do que as outras pessoas da mesma idade.

Nas dimensões do autocuidado que apresenta dependência, conta sobretudo com ajuda de outra pessoa e dificilmente recorre à utilização de equipamento. Tem mais probabilidade de ser independente para alimentar-se e virar-se, e necessitar de ajuda de pessoa para arranjar-se e tomar banho. Isto porque, numa análise global constatamos que: há mais idosos independentes para alimentar-se e virar-se do que para o somatório dos outros três níveis de dependência; há mais independentes para andar, transferir-se, elevar-se e uso do sanitário, mas em menor número que o somatório dos outros três níveis de dependência; há mais idosos a necessitar de ajuda de pessoa para arranjar-se e tomar banho.

3.2. Centralidade do vestir-se e despir-se

Os dados referentes ao vestir-se e despir-se assumem uma posição central pois este é o fenómeno em estudo e pretendemos descrever as dificuldades que os idosos institucionalizados têm nesta dimensão do autocuidado.

Numa primeira análise, consideramos a variável vestir-se e despir-se como variável ordinal, de acordo com o Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado, conforme apresentado na tabela 23.

Tabela 23 - Descrição da variável ordinal: vestir-se e despir-se

DIMENSÕES	Dependente não participa		Necessita de ajuda de pessoa		Necessita de equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Escolhe as roupas	46	23,0	76	38,0	0	0,0	78	39,0
Veste roupas na parte inferior do corpo	45	22,5	91	45,5	1	0,5	63	31,5
Abotoa as roupas	46	23,0	82	41,0	2	1,0	70	35,0
Usa cordões para amarrar	56	28,0	87	43,5	1	0,5	56	28,0
Calça as meias	53	26,5	93	46,5	0	0,0	54	27,0

A maior percentagem de idoso completamente independentes, 39,0%, verifica-se para escolher as roupas, seguindo-se 35,0% para abotoar as roupas, 31,5% para vestir roupas na parte inferior do corpo, 28,0% para usar cordões para amarrar e 27,0% para calçar as meias.

Pelo contrário, 28,0% dos idosos são dependentes, não participam, em usar cordões para amarrar, 26,5% para calçar as meias, 23,0% para escolher as roupas e também para abotoar as roupas, e 22,5% para vestir roupas na parte inferior do corpo.

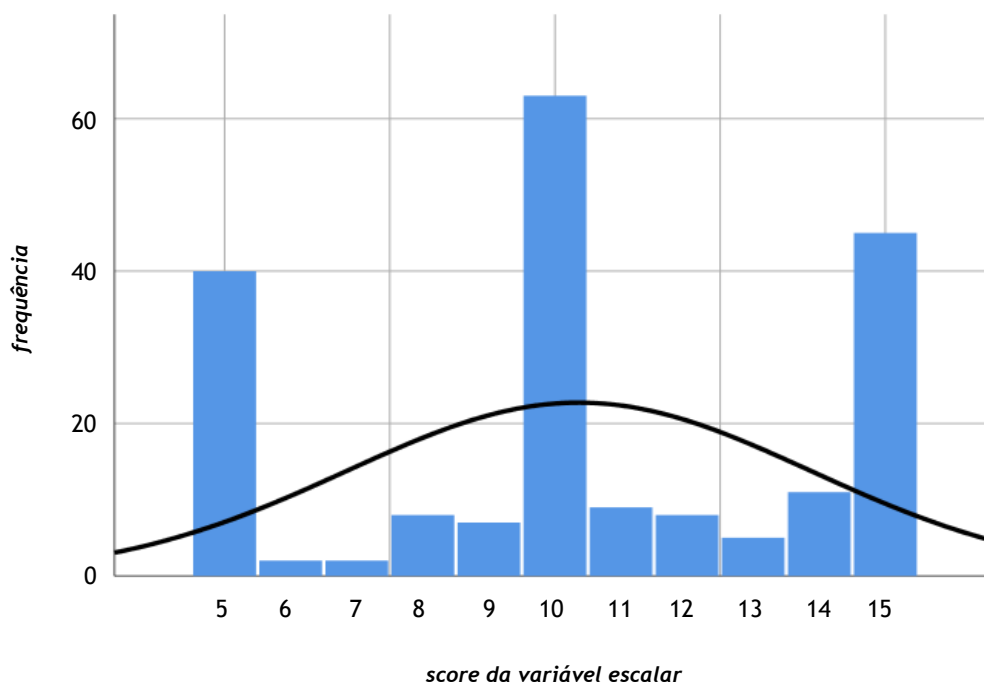
Necessitam de ajuda de pessoa 46,5% dos idosos para calçar as meias, 45,5% para vestir roupas na parte inferior do corpo, 43,5% para usar cordões para amarrar, 41,0% para abotoar as roupas e 38,0% para escolher as roupas.

Utilizam equipamento 1,0% para abotoar as roupas e 0,5% para vestir a parte inferior do corpo e também para usar cordões para amarrar.

Verificamos que, em cada uma das dimensões, encontramos um maior número de idosos com algum grau de dependência, isto é, o número de idosos completamente independentes é sempre menor que o somatório dos idosos distribuídos por cada um dos outros graus de dependência. Predomina necessitar de ajuda de pessoa.

A distribuição da variável “vestir-se e despir-se” convertida em variável escalar, que varia entre 5 (quando o idoso é dependente em todas as dimensões) e 15 (quando é completamente independente em todas as dimensões), é apresentada no gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição da variável escalar "vestir-se e despir-se"



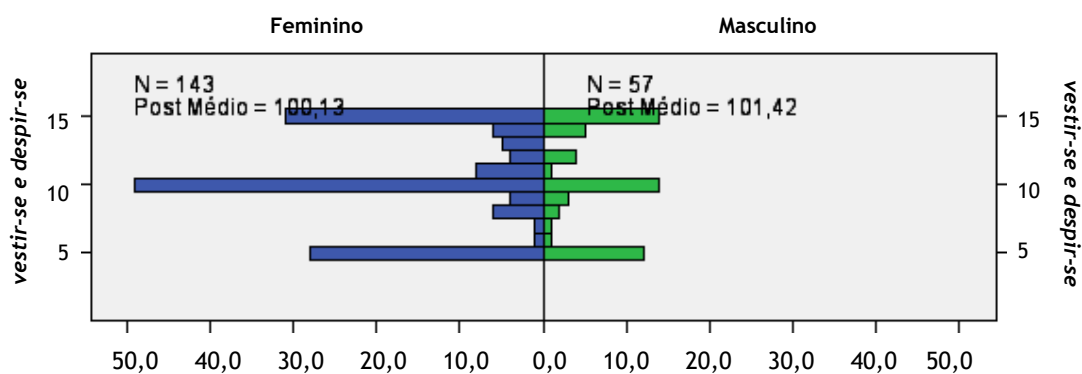
Como indica a curva do gráfico acima apresentado, a variável não tem uma distribuição normal. Os resultados da análise descritiva mostram que a sua distribuição ocorre entre o mínimo de 5 e o máximo de 15, com uma média de 10,36, moda de 10 e desvio padrão de 3,509. Pela análise do gráfico podemos constatar que é no valor 10 que se posiciona o maior número de idosos ($n=63$; 31,5). A seguir a este, os graus extremos (5 e 15) são os que apresentam frequências mais elevadas. Podemos concluir então que parte representativa dos idosos ou é completamente dependente (20,0%) ou completamente independente (22,5%) para vestir-se e despir-se.

3.3. Relação das características dos idosos com o vestir-se e despir-se

Tendo até aqui caracterizado os idosos da amostra, interessa por fim relacionar essas características com as suas dificuldades para vestir-se e despir-se, de acordo com o terceiro objetivo do estudo.

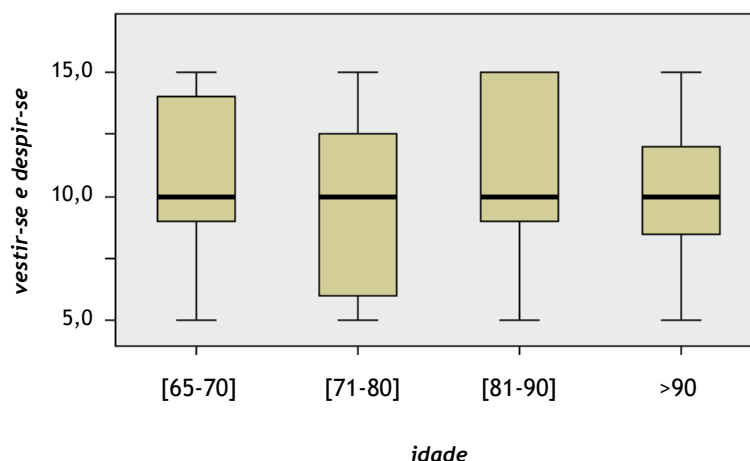
Quando analisamos a relação do vestir-se e despir-se com a dimensão “sexo” (gráfico 3), concluímos que na globalidade os homens são mais independentes (posição média 101,42), mas esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,884$).

Gráfico 3 - Diferenças de “vestir-se e despir-se” por “sexo”



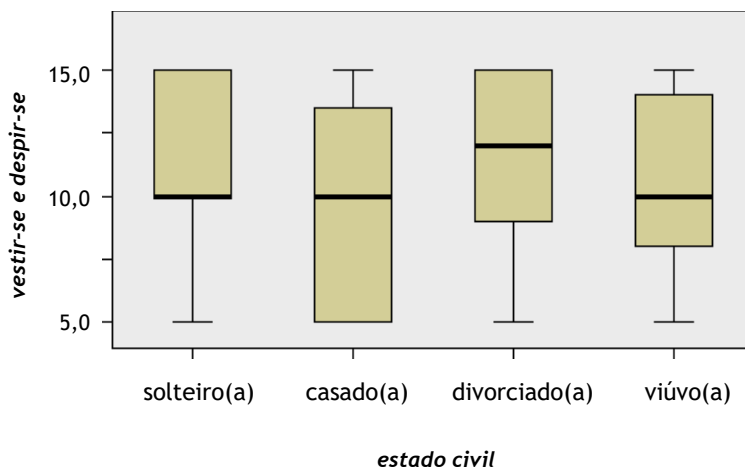
Relativamente à idade (gráfico 4), não se verificam diferenças significativas no score de vestir-se e despir-se para as diferentes classes etárias ($p=0,758$). As medianas são equivalentes para as diferentes classes de idades. Do mesmo modo, os scores máximos e mínimos obtidos na amostra são iguais para todas as classes etárias, o que significa que em cada uma delas é possível encontrar idosos totalmente dependentes ou independentes.

Gráfico 4 - Diferenças de “vestir-se e despir-se” por classe de “idade”



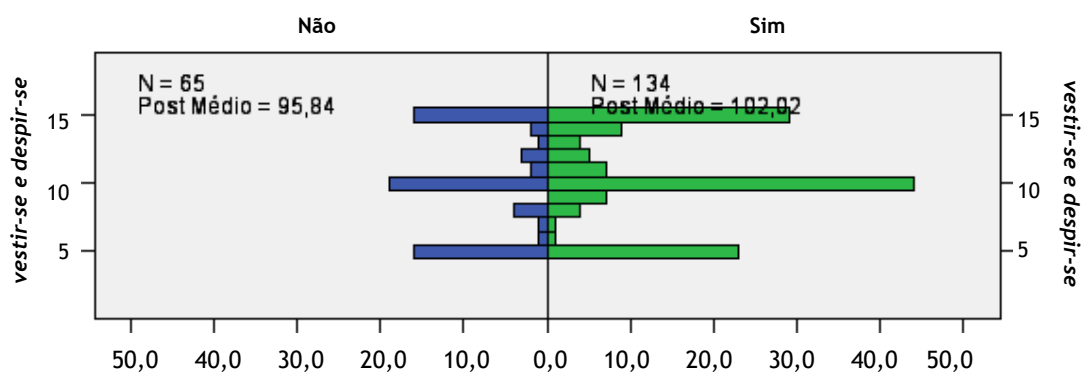
Quando analisamos a diferença do score de vestir-se e despir-se por estado civil (gráfico 5), verificamos que os divorciados apresentam mediana superior, sem que se verifique, contudo, diferença estatisticamente significativa ($p=0,135$).

Gráfico 5 - Diferenças de “vestir-se e despir-se” por “estado civil”



Os idosos que sabem ler ou escrever (gráfico 6) são, na globalidade, mais independentes (posição média 102,02), contudo, não se verifica relação estatisticamente significativa entre a dependência para vestir-se e despir-se e saber ler ou saber escrever ($p=0,466$).

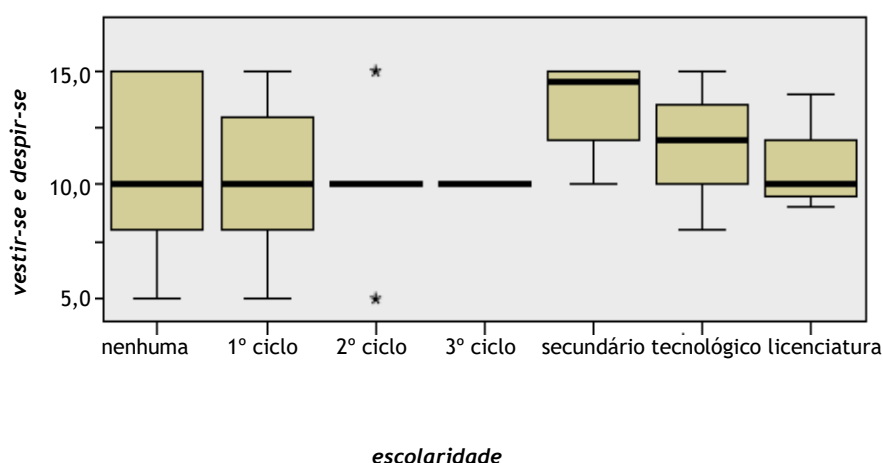
Gráfico 6 - Diferenças de “vestir-se e despir-se” por “alfabetismo (sabe ler)”



Os níveis mais elevados de escolaridade têm pouca expressão, o que pode justificar a presença de *outliers* e exige prudência quando analisamos a relação desta variável com o vestir-se e despir-se (gráfico 7).

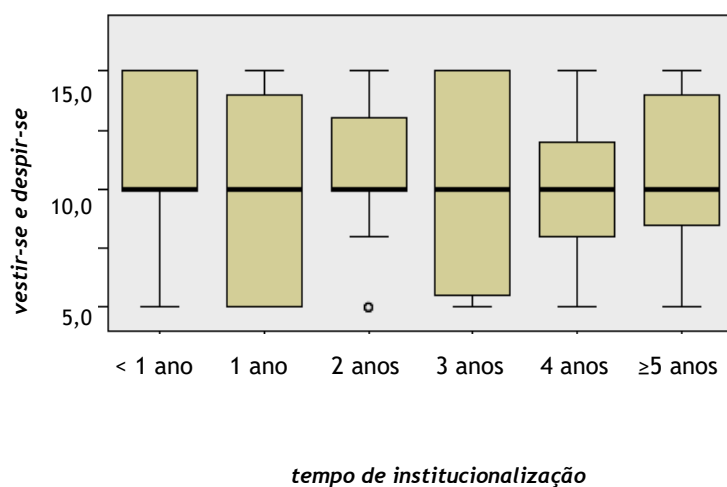
Com esta salvaguarda, verificamos que as medianas são iguais para nenhuma escolaridade, 1º, 2º, 3º ciclo e também licenciatura. Os idosos com ensino secundário completo apresentam os mais elevados níveis de independência, seguindo-se os idosos com curso de especialização tecnológica. Para as escolaridades mais elevadas, a partir do ensino secundário, inclusive, não se encontram idosos completamente dependentes e os scores de vestir-se e despir-se iniciam-se em valores mais elevados. Apesar de parecer que níveis superiores de escolaridade se associam a maior independência, entre os idosos com licenciatura, nenhum é completamente independente. Estas diferenças não são, porém, estatisticamente significativas ($p=0,669$).

Gráfico 7 - Diferenças de “vestir-se e despir-se” por “escolaridade”



Não existe relação significativamente estatística entre vestir-se e despir-se e tempo de institucionalização ($p=0,947$) (gráfico 8). As medianas são iguais, independentemente de há quanto tempo os idosos se encontram institucionalizados. Para idosos admitidos na instituição há 2 anos, os scores iniciam-se em valores mais elevados, verificando-se a presença de um *outlier* posicionado no limite inferior da escala.

Gráfico 8 - Diferenças de “vestir-se e despir-se” por “tempo de institucionalização”



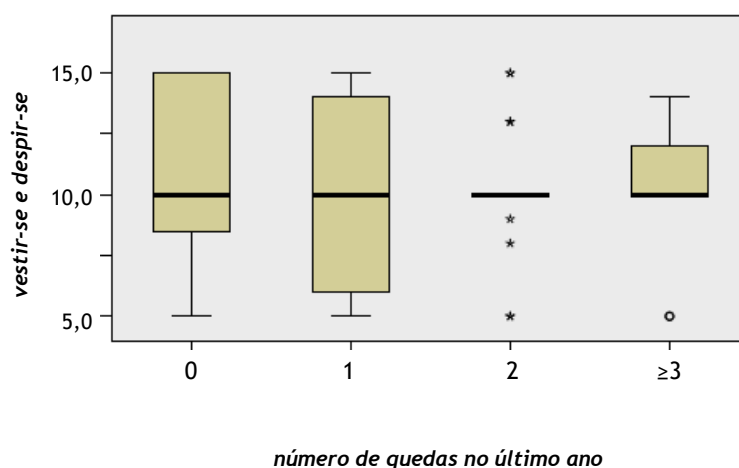
Quando analisamos a relação de vestir-se e despir-se com doenças crônicas diagnosticadas (tabela 24), encontramos relação estatisticamente significativa com osteoporose, outras patologias osteoarticulares, demência e incontinência ($p < 0,05$).

Tabela 24 - Cruzamento de “vestir-se e despir-se” com “doenças”

DOENÇAS	Qui-quadrado - significância - p
Osteoporose	0,002
Outras patologias osteoarticulares	0,010
Doença de Parkinson	0,438
Doença cerebrovascular	0,128
Hipertensão arterial	0,215
Outras patologias cardiovasculares	0,231
Patologia oftalmológica	0,482
Demência	0,000
Depressão	0,189
Síndrome vertiginoso	0,555
Incontinência	0,000
Diabetes	0,825
Patologia oncológica	0,557
Patologia respiratória	0,857

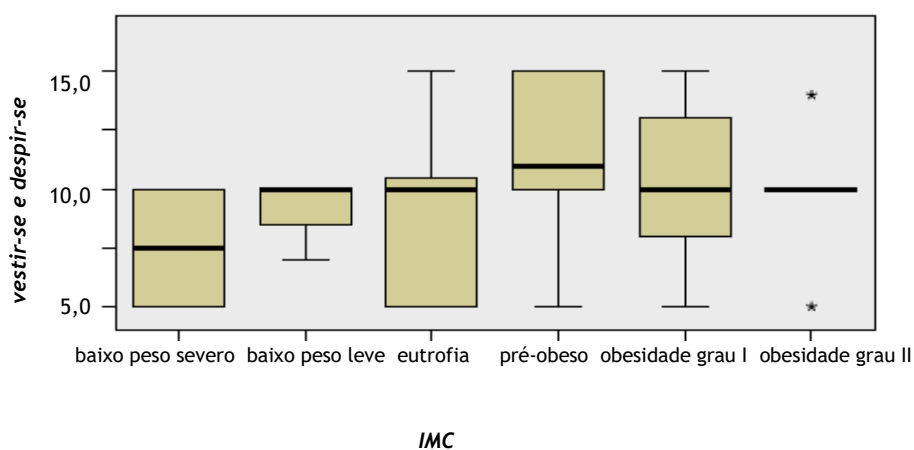
Não se verifica diferença estatisticamente significativa para vestir-se e despir-se de acordo com o número de quedas no último ano (gráfico 9).

Gráfico 9 - Diferenças do vestir-se e despir-se por número de quedas no último ano



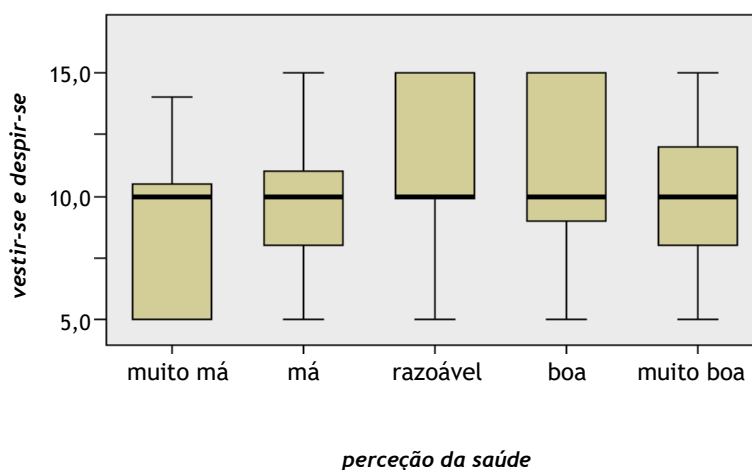
Existe diferença estatisticamente significativa para o vestir-se e despir-se entre as classes de IMC ($p=0,011$) (gráfico 10). Baixo peso severo associa-se a maior dependência do que qualquer outra categoria. Ser pré-obeso associa-se a maiores níveis de independência. Nenhuma das categorias de baixo peso tem idosos totalmente independentes. Apenas a categoria “baixo peso leve” não tem qualquer idoso dependente, não participa.

Gráfico 10 - Diferenças do vestir-se e despir-se por IMC



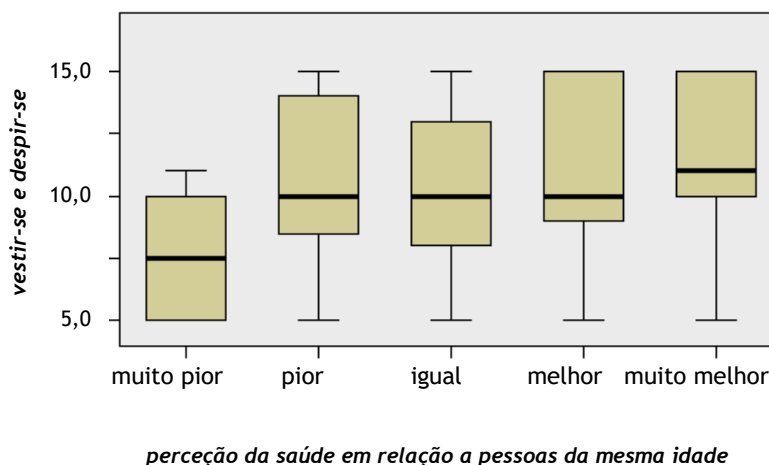
As medianas de todas as classificações da percepção de saúde são idênticas, contudo, no grupo de idosos que percecionam a sua saúde como muito má, ao contrário de nas outras classificações, não encontramos idosos completamente independentes. Esta relação não é estatisticamente significativa ($p=0,409$) (gráfico 11).

Gráfico 11 - Diferenças do vestir-se e despir-se por percepção da saúde



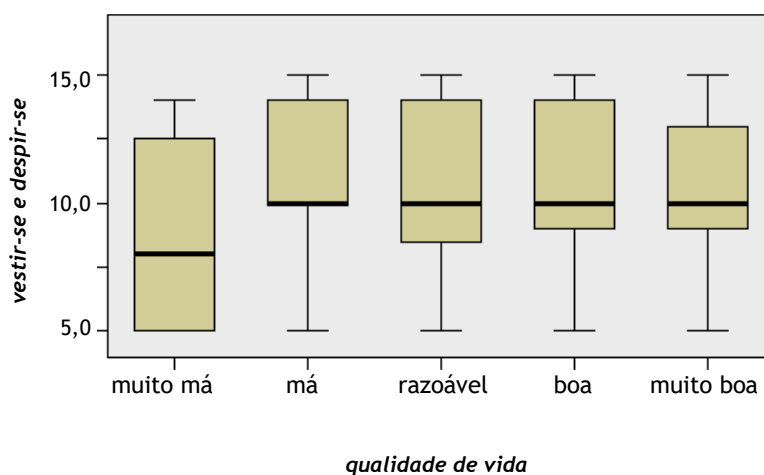
Os scores de vestir-se e despir-se são inferiores para idosos que percecionam a sua saúde como “muito pior” em relação a outras pessoas da mesma idade; entre estes idosos não encontramos nenhum completamente independente. Classificação como “pior”, “igual” ou “melhor” têm medianas idênticas. Os idosos com classificação de “muito melhor”, apresentam mediana ligeiramente superior. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis ($p=0,244$) (gráfico 12).

Gráfico 12 - Diferenças do vestir-se e despir-se por percepção da saúde em relação a pessoas da mesma idade



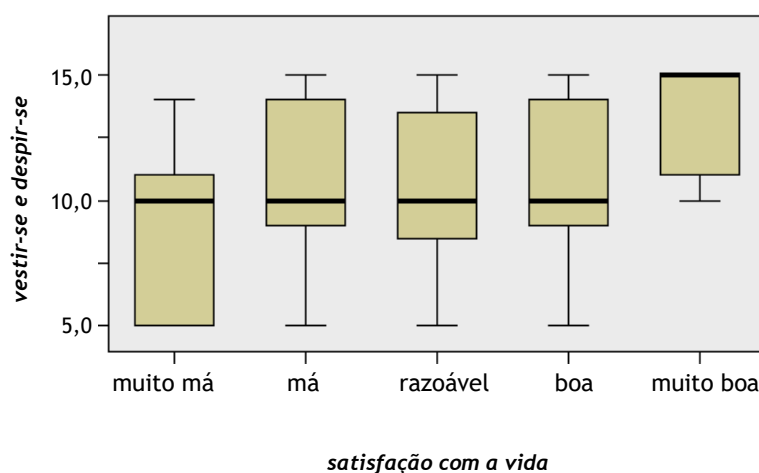
As diferenças dos scores de vestir-se e despir-se de acordo com a qualidade de vida (gráfico 13) não são estatisticamente significativas ($p=0,935$). Assim como no gráfico anterior, é a classificação mais baixa de qualidade de vida que se associa a maior dependência. Para as restantes classificações, a mediana e as distribuições são semelhantes.

Gráfico 13 - Diferenças do vestir-se e despir-se por qualidade de vida



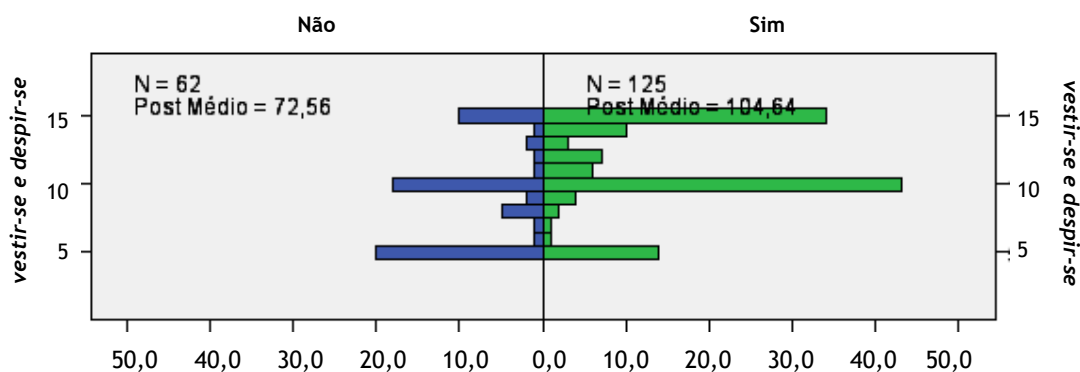
Classificações intermédias de satisfação com a vida têm distribuições idênticas, já os extremos são claramente diferentes. A mediana dos idosos com “muito má” satisfação com a vida alinha-se com as intermédias, mas abaixo da percepção “muito boa”. Não temos idosos completamente independentes com percepção “muito má” nem dependentes com “muito boa”. Idosos com satisfação de vida “muito boa” são os mais independentes. Estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,128$) (gráfico 14).

Gráfico 14 - Diferenças do vestir-se e despir-se por satisfação com a vida (



Existe diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre o score de vestir-se e despir-se e o medo de cair, sendo que idosos com medo de cair são mais independentes (ponto médio 104,64) (gráfico 15).

Gráfico 15 - Diferenças do vestir-se e despir-se por medo de cair



Quando analisamos a relação entre cada item de vestir-se e despir-se (agora enquanto variável ordinal) e cada um dos itens das restantes dimensões do autocuidado, verificamos que existe relação estatisticamente significativa para todas elas ($p<0,05$).

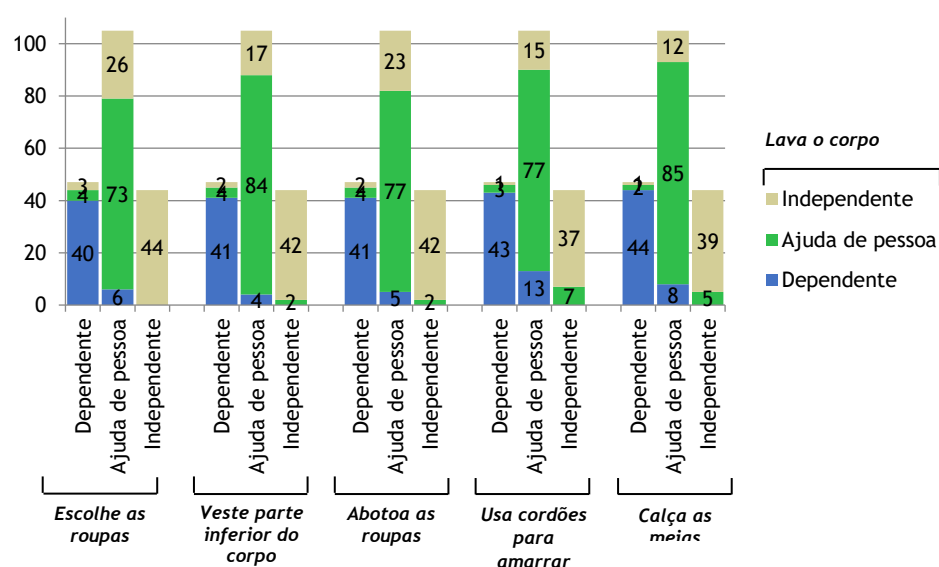
A análise das distribuições do qui-quadrado aponta que, de forma geral, quando os idosos têm determinado nível de dependência num item do vestir-se e despir-se, têm também o mesmo nível de dependência para qualquer outro item de qualquer outra dimensão do autocuidado. A tabela 25 exemplifica esta tendência. A maioria dos idosos que são dependentes para vestir a parte inferior do corpo também o são para lavar o corpo; nenhum é completamente independente. Olhando para aqueles que necessitam de ajuda de pessoa para vestir-se, verificamos que também a maioria necessita do mesmo tipo de ajuda para lavar o corpo. Por fim, a maioria dos completamente independentes para vestir-se, também o é para lavar o corpo.

Tabela 25 - Cruzamento vestir-se e despir-se/ tomar banho (frequência-n)

TOMAR BANHO / VESTIR-SE E DESPIR-SE			Veste as roupas na parte inferior do corpo		
			Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Completamente independente
			n	n	n
Lava o corpo	Dependente não participa	n	41	4	2
	Necessita de ajuda de pessoa	n	4	84	17
	Completamente independente	n	0	2	42

O gráfico 16, composto por barras emparelhadas, ilustra a relação acima descrita, e permite visualizar a semelhança dos níveis de dependência entre as dimensões do autocuidado. Cada grupo de colunas do gráfico acima mostra as frequências dos diferentes níveis de dependência para os itens “escolhe as roupas”, “veste as roupas na parte inferior do corpo”, “abotoa as roupas”, “usa cordões para amarrar” e “calça as meias”. A área de cor de cada coluna distingue os níveis de dependência no item do autocuidado a que diz respeito o gráfico, indicado na legenda.

Gráfico 16 - Cruzamento "lava o corpo" e "vestir-se e despir-se"



Em síntese, verificamos relação estatisticamente significativa entre o vestir-se e despir-se e osteoporose, outras patologias osteoarticulares, demência e incontinência, o medo de cair, o IMC e todas as outras dimensões do autocuidado.

4. DA EVIDÊNCIA À INTERVENÇÃO NO VESTIR-SE E DESPIR-SE DOS IDOSOS

A simples apresentação dos resultados não é suficiente no processo de investigação; é também necessário apreciá-los e interpretá-los. Nesta fase de discussão, há lugar para precisar os limites do estudo, examinar a exatidão dos resultados, analisar o significado dos resultados de acordo com o tipo de estudo, considerar as possibilidades de generalização, sintetizar conclusões e emitir recomendações (Fortin, 2009; Polit, et al., 2010).

A interpretação dos resultados tem por base a confrontação das informações obtidas através das questões de investigação com outros trabalhos de investigação científica (Fortin, 2009).

Como o objetivo de um estudo descritivo é traçar um perfil da população, as características da população total devem encontra-se na amostra (Fortin, 2009).

A maioria (57,9%) da população idosa de VNF é composta por mulheres (INE, 2011); o mesmo se verifica na amostra, ainda que numa percentagem superior (71,5%). Esta tendência está presente também a nível nacional e global, já que se verifica que, apesar do aumento da esperança média de vida ser comum a ambos os sexos, as mulheres tendem a viver mais do que os homens (Cabral et al, 2013; INE, 2015; OMS, 2016), diferença que se acentua entre os muito idosos (Eurostat, 2019). A OMS (2016) explica as diferenças na longevidade entre os sexos pelas normas, papéis e relações tradicionalmente atribuídos ao género.

Considerando, justamente, a idade predominante entre os idosos institucionalizados, o relatório 2018 da rede portuguesa de serviços e equipamentos sociais aponta percentagens superiores a 50% de idosos com 80 anos ou mais (Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, 2019b). A idade média da população europeia tem uma tendência de crescimento e é esperado que até 2050 suba em 3,8 anos. Neste crescimento, é expectável uma expansão acentuada do número de muito idosos, o que gera questões acerca dos custos e da adequação dos serviços sociais e de saúde às necessidades deste grupo (Eurostat, 2019).

De acordo com esta tendência de envelhecimento, encontramos na amostra uma maioria de idosos com idade compreendida entre os 81 e os 90 anos (50,5%) e ainda 10,0% de idosos com idade compreendida entre os 91 e os 100 anos. Podemos assim concluir que são predominantes as idades mais avançadas, com grande representatividade do grupo de muito idosos.

Quando contrapomos o estado civil da generalidade da população idosa de VNF com o da população idosa institucionalizada encontramos diferenças visíveis. Na sua maioria, os idosos de VNF são casados (61,6%), seguindo-se os viúvos (30,4%) e os solteiros (6,0%) (INE, 2011);

já os idosos institucionalizados incluídos na amostra são maioritariamente viúvos (56,8%), seguindo-se os solteiros (20,1%) e os casados (18,1%). De forma semelhante nestes dois grupos, verificamos uma minoria de idosos divorciados (2,1% para a generalidade da população idosa de VNF e 5,0% para os idosos da amostra).

A escolaridade nos idosos da amostra é semelhante à que encontramos na generalidade da população idosa de VNF, sendo o ensino básico o nível académico predominante. Na generalidade da população, 22,0% dos idosos não tem qualquer escolaridade, em contraposição aos 41,5% dos idosos da amostra (INE, 2011). Os restantes níveis de escolaridade têm baixa representatividade em ambos os grupos.

Atendendo à idade mínima e máxima dos idosos da amostra, estes terão nascido entre os anos de 1918 e 1953. A escolaridade obrigatória de quatro anos foi estabelecida anos mais tarde, em 1956, inicialmente apenas para alunos do sexo masculino e adultos e só em 1960 se estendeu a crianças do sexo feminino. Apesar destas medidas, o analfabetismo teve um decréscimo marcado por grande lentidão e manteve-se uma estrutura socioeconómica com grande predominância de trabalho infantil (Goulart, et al., 2014; OEI, et al., 2003), tendência que pode explicar que os idosos da amostra não tenham, em muitos casos, concluído ou prosseguido níveis de ensino superiores.

O trajecto característico ao longo do envelhecimento parte de uma vida familiar para uma vida a dois e, após a viuvez, para uma vida a sós (Cabral et al, 2013). Aqueles que nunca casaram são mais propícios do que os divorciados ou os viúvos a preferir uma vida a sós, sem sentimentos de solidão (Vieitas, 2015). Embora o estado civil, por si só, seja apontado como motivo de institucionalização por um número muito restrito de idosos da amostra (4,0%), perder o conjugue é considerado um fator altamente preditor de institucionalização (Rocha, 2012) e é apontado como um primeiro momento característico no qual os idosos ponderam abandonar o domicílio (Camejo, 2013). Estas circunstâncias podem explicar o facto de os idosos institucionalizados serem na maioria viúvos.

Quanto aos divorciados, sendo este um fenómeno raro nas gerações mais velhas (Vieitas, 2015), é compreensível que se verifiquem baixas percentagens tanto nos idosos da amostra como na população em geral.

O tempo de institucionalização em ERPI em Portugal é, para 80% dos idosos, igual ou superior a 5 anos (Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, 2019b); na amostra, encontramos 45,5% institucionalizados também há 5 anos ou mais, sendo este o intervalo de tempo de institucionalização mais comum.

Conhecer os motivos que levam à institucionalização é útil para determinar quando esta é de facto indicada ou, em contrapartida, quando pode ser prevenida (Lini, et al., 2016).

A maioria dos idosos entrevistados por Pires (2017) foi unânime em afirmar dizer que nunca tinham pensado na hipótese de institucionalização ou que não achava que tal iria acontecer

consigo um dia. Camejo (2013) concluiu que a maioria das pessoas não deseja ingressar numa instituição e, quando o faz, é porque esgotou as possibilidades de viver noutras circunstâncias. Pereira (2017) identificou os filhos como principais decisores quando à integração numa instituição, em detrimento do próprio idoso. Quando isto acontece, e de acordo com Neves (2012), o facto de os idosos serem institucionalizados contra a sua vontade pode agravar a sua saúde. Para 82,5% dos idosos da amostra, esta condição não partiu da sua decisão voluntária, o que torna prioritário conhecer e controlar os fatores que a determinaram.

Em Portugal, 66% dos idosos que vivem em ERPI ingressaram nessas instituições por dependência, insuficiência em gerir as necessidades diárias e impossibilidade de apoio por parte da família (Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, 2009).

Em conformidade com a realidade nacional, os motivos de institucionalização mais frequentemente apontados pelos idosos da amostra foram a ausência ou fragilidade do suporte familiar e limitação nas atividades de vida diária. Estes dados estão também de acordo com os resultados de outros autores que encontraram associados à institucionalização dos idosos factores como a dependência nas AVDs e, ainda de forma mais determinante, uma ausência de rede de apoio que faça face a essas limitações, nomeadamente não terem companheiro ou filhos, estarem sozinhos grande parte do tempo, viverem longe de familiares ou os familiares não terem possibilidade de cuidar deles (Camejo, 2013; Lini, et al., 2016; Pires, 2017; Pereira, 2013).

Como vastamente referido ao longo deste trabalho, as doenças crónicas acompanham frequentemente o processo de envelhecimento e são de grande prevalência entre os idosos institucionalizados. Nos idosos da amostra encontramos em maior número diagnósticos de hipertensão arterial, seguida de outras patologias cardiovasculares e osteoarticulares. Estas patologias enquadram-se naquelas que a OMS (2002) aponta como características das pessoas idosas.

Em 2015, 71,3% dos idosos portugueses apresentavam hipertensão arterial, um dos principais fatores de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares, responsáveis por 29,7% das mortes ocorridas nesse ano. (Ministério da Saúde, 2018). Estes dados são concordantes com os 60,0% de idosos da amostra diagnosticados com esta patologia.

Os restantes autores citados encontram doenças idênticas com as que encontramos também nos idosos da amostra, mas com prevalências variáveis. No estudo de Assunção (2010), 64,6% dos idosos apresentaram doença cardiovascular e 55,2% doença músculo-esquelética. Rodrigues (2015) concluiu que a maioria dos idosos estudados apresentava patologia cardíaca (70,6%) e patologia osteoarticular (62,5%), o que vai ao encontro das principais patologias presentes nos idosos que constituem a amostra. Borges (2018), com resultados semelhantes, encontrou prevalência maioritária de doenças neurológicas, imediatamente seguidas por patologias cardíacas e osteoarticulares.

Pinto e colaboradores (2014) afirmam que a polimedicação é uma problemática em crescimento na população idosa, fruto das doenças crônicas que obrigam ao uso simultâneo de vários medicamentos. Ferreira (2015) acrescenta que os idosos residentes em lares recebem mais medicamentos que aqueles que não estão institucionalizados. Tanto estes autores como Grou (2016) identificaram que os idosos institucionalizados tomam em média 7 a 8 medicamentos diferentes por dia, em alguns casos inadequados à sua situação de saúde ou com interações entre si. Nogueira (2017) constatou que 52,2% dos idosos institucionalizados tomam diariamente 5 medicamentos ou mais; o mesmo ocorre para os idosos da amostra, ainda que numa percentagem menor (33,8%).

As quedas são o acidente doméstico mais frequente nos idosos e a principal causa de lesão, dependência, institucionalização e mortalidade (DGS, 2012b). Aproximadamente 30% a 50% dos idosos em instituições de longa duração caem todos os anos e 40% deles apresentam quedas recorrentes (OMS, 2007). Uma em cada duas pessoas com mais de 80 anos sofre uma queda pelo menos uma vez no ano (DGS, 2012b). Estes dados são corroborados, nomeadamente, pelos estudos de Reis (2015) e de Santos (2012), que constataram, respetivamente, que 66,0% e 63,0% dos idosos apresentavam história de queda.

Os nossos resultados são concordantes com esta evidência, já que mostram uma maioria (53,5%) dos idosos com história de queda no último ano, sendo que o mais frequente a ocorrência de 1 queda nesse período (36,5%). A recorrência de queda, que se verifica para 17% dos idosos, encontra-se abaixo do expectável tendo em conta os dados anteriores.

O medo de cair é frequentemente reportado pelos idosos, normalmente relacionado com medo de lesões ou hospitalizações, não ser capaz de se levantar sozinho, embaraço social, medo de cair novamente e perda da independência (OMS, 2007). A maioria (62,5%) dos idosos da amostra refere ter medo de cair, o que vai ao encontro dos 58,0% encontrados por Amer, Abdellah, & Elsayed (2018).

De acordo com Kocic e colaboradores (2016), o medo de cair varia entre 21,0% e 85,0% para idosos que já tiveram quedas prévias e 33,0% e 46,0% para idosos sem quedas. Possivelmente por a ocorrência de quedas aumentar o medo de cair, Santos (2012) encontrou 93,0% de idosos institucionalizados com medo de cair novamente.

Na sua globalidade, 81,0% dos idosos portugueses apresenta excesso de peso (Ministério da Saúde, 2018). Em conformidade com este dado, Gonçalves e Veríssimo (2014) encontraram 72,0% de idosos institucionalizados com sobrepeso.

Por sua vez, Santos (2013) constatou que, à medida que a idade aumenta, ocorre diminuição do IMC, possivelmente associada à perda de massa corporal isenta de gordura (massa muscular, óssea e percentagem de água). Nesse estudo, ao fim de dois anos, a maioria dos idosos tinha perdido peso; ainda assim, as mulheres estavam na sua maioria ligeiramente acima do peso ideal e os homens, dentro do peso ideal. Landi e colaboradores (2011, cit por

Santos, 2013), por sua vez, verificaram uma elevada incidência de sarcopenia nos idosos institucionalizados. Também, Pfrimer e colaboradores (2015) verificaram uma perda de massa magra e IMC em idosos institucionalizados ao fim de três meses, mas sem que saíssem da faixa de classificação de eutrofia.

Em termos de IMC, os idosos da amostra enquadram-se neste cenário de excesso de peso, com 31,2% classificados como pré-obesos e 35,3% como obesos grau I. As classes de baixo peso têm pouca expressão nos idosos da amostra. Considerando os estudos longitudinais anteriormente referidos, é possível que numa avaliação posterior viéssemos a detetar diminuição dos valores de IMC.

O IMC é um indicador do estado nutricional, contudo não o expressa na sua globalidade; para tal recorremos ao MNA, constatando que em maior percentagem (46,3%) os idosos apresentam estado nutricional normal, o que é também concordante com o estudo de Gonçalves e Veríssimo (2014), no qual a maioria (56,0%) dos idosos institucionalizados se enquadrava neste mesmo estado nutricional. Estes autores explicam que os idosos institucionalizados normalmente têm melhores hábitos alimentares porque estão acompanhados regularmente por terceiros.

Imagínario (2018) verificou que 19,5% dos idosos institucionalizados estavam desnutridos e 22% em risco de desnutrição; face a estes resultados, nos idosos da amostra encontramos uma menor percentagem de desnutridos, 14,7%, mas maior percentagem em risco de desnutrição, 38,9%.

Neste estudo encontramos sobretudo valores intermédios na classificação da qualidade de vida e percepção de saúde, na faixa do “razoável”, e a satisfação com a vida na faixa imediatamente acima, classificada predominantemente como “boa”. Vários estudos avaliaram estas mesmas variáveis e apresentaram possíveis motivos para as percepções dos idosos neste âmbito.

Freitas e Scheicher (2010), por exemplo, concluíram que os idosos institucionalizados têm baixos níveis de qualidade de vida - resultados menos favoráveis do que os do nosso estudo - e relacionaram-nos com a ausência de programas de reabilitação e recreação.

Em contrapartida, 42,0% dos idosos integrados no estudo de Diogo (2016) classificaram a sua qualidade de vida como “muito boa” e 33,0% como “boa”, resultados mais positivos que os do nosso estudo, que justificaram pelos bons cuidados na instituição, boas condições ambientais, sentimentos de carinho por parte dos funcionários e percepção da melhoria do estado de saúde. A maioria dos idosos deste estudo, 58,0%, considerava-se satisfeita com a vida e a saúde, ou por considerarem que mantinha um bom estado de saúde, ou por aceitar os problemas de saúde como naturais da idade ou vontade divina. Aqueles que não estavam satisfeitos, atribuíam esse facto à falta de saúde, dependência ou institucionalização contra a sua vontade.

Castro (2017) encontrou valores médios superiores a 50,0% na escala de qualidade de vida da OMS. Em todos os domínios desta escala - físico, ambiental, psicológico e relacional -, os valores médios foram superiores a 50%, sendo o último aquele que teve pontuação média mais elevada. Também Peres (2014) encontrou valores médios de qualidade de vida nos 50,0%, contudo, com valores mínimos para o domínio das relações. Tanto estes estudos como o de Diogo (2016) parecem indiciar que os idosos institucionalizados valorizam especialmente as relações e estas são fatores determinantes da sua perceção de qualidade de vida. Cardoso (2016) corrobora essa hipótese ao concluir que a vinculação e o suporte social contribuem para a satisfação com a vida dos idosos institucionalizados.

No estudo de Ferreira (2011), a grande maioria dos idosos institucionalizados perceciona a sua saúde como “aceitável” ou “fraca”; no estudo de Jerez-Roig (2016), mais de 60% dos idosos considera a sua saúde como “má”. De forma mais positiva, para os idosos da amostra predomina a perceção de saúde como “razoável” (45,7%) ou “boa” (26,3%), o que vai ao encontro do estudo de Silva (2011), que encontrou 60% dos idosos com uma perceção de saúde “razoável” e 20,0%, “boa”. Resultados mais favoráveis foram ainda obtidos por Güths e colaboradores (2017), com uma maioria de idosos a classificarem a sua saúde como “boa” (50,0%) ou regular (33,3%).

Tal como se verificou no estudo de Güths e colaboradores (2017), os idosos da amostra consideram, com maior frequência, a sua saúde melhor do que as outras pessoas da mesma idade (42,7%).

Borg, Hallberg e Blomqvist (2006) concluíram que a satisfação com a vida de idosos dependentes é influenciada também por outros fatores físicos, mentais sociais e financeiros. Fonseca e colaboradores (2010) concluíram que as perceções dos idosos não são literais, classificar a saúde como boa não significa estar livre de doenças, mas sim considerar aceitável o seu nível de dependência, valorizar a saúde que ainda está preservada, ter relações significativas e rede de apoio.

Então, embora no nosso estudo não tenham sido colocadas questões aos idosos para justificar a sua perceção de qualidade de vida, perceção de saúde e satisfação com a vida, questionamos se os valores sobretudo positivos que encontramos poderão relacionar-se com fraca consciencialização do seu real estado de saúde visto, que a maioria dos idosos não foi institucionalizada por vontade própria, sofre de patologias crónicas e apresenta alguma dependência. Podemos também conjecturar, tendo em conta os resultados dos estudos acima referidos, que perante estas dificuldades, os idosos assumem uma postura de aceitação e se encontram satisfeitos com outros aspetos como o ambiente, as relações ou as atividades desenvolvidas na instituição.

De acordo com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2009), os idosos portugueses que se encontram em ERPI, necessitam diariamente de apoio em praticamente

todas as atividades de vida diária; mais de 80% têm necessidade de assistência para vestir-se e despir-se.

No que se refere ao autocuidado, e não considerando para já o vestir-se e despir-se, só encontramos uma maioria de idosos classificados como completamente independentes para virar-se (52,0%), pegar no copo ou na chávena (78,0%) e levar os alimentos à boca com utensílios (77,0%). Isto significa que para todas as outras dimensões do autocuidado, prevalece ter algum nível de dependência, seja total, seja compensada por ajuda de pessoa ou equipamento.

Alguns resultados referentes ao autocuidado merecem particular atenção. É de destacar que para andar, o maior número de idosos é capaz de suportar o próprio peso em pé e até percorrer distâncias moderadas. Para subir e descer degraus, em contrapartida, verificou-se um maior número de idosos dependentes, o que se pode justificar por esta ser uma tarefa mais complexa, que implica maior alteração da posição corporal e, portanto, maior força e equilíbrio.

Já para alimentar-se, autocuidado em que verificamos uma prevalência de idosos completamente independentes, verificamos que a dimensão com piores resultados é preparar os alimentos para a ingestão. Esta dependência poderá ser reflexo de uma substituição desnecessária pelo facto de serem os funcionários a confeccionar, servir e possivelmente preparar as refeições para os idosos.

Para arranjar-se, cortar as unhas é a dimensão com mais idosos a necessitarem de ajuda de pessoa, o que poderá estar relacionado com o facto desta tarefa exigir motricidade fina e, quando realizada de forma inadequada, poder resultar em lesões.

Para vestir-se, os idosos necessitam predominantemente de ajuda de pessoa, excetuando para escolher a roupa, tarefa em que são sobretudo completamente independentes. Nos idosos da amostra encontramos 20,0% dependentes, não participam, e 22,5% completamente independentes. Os níveis de dependência neste autocuidado podem ser explicados pela sua exigência de multitarefas complexas e grande destreza bimanual (Borges, 2018). Já a escolha da roupa poderá ter uma componente mais cognitiva e consideramos um bom indicador da promoção da autonomia na instituição ser dada esta opção de decisão aos idosos.

Marinho e colaboradores (2013) concluíram que arranjar-se, tomar banho e vestir-se são as atividades de autocuidado mais comprometidas entre os idosos institucionalizados e alimentar-se a que tem maiores níveis de independência, o que corresponde precisamente aos resultados deste estudo. Segundo os autores, a alimentação é uma atividade de sobrevivência, habitualmente preservada até mais tarde. De acordo com Smanioto e Haddad (2011) vestir-se é uma função complexa, culturalmente aprendidas e sem questões diretas de sobrevivência que, portanto, tende a declinar primeiro.

Também outros estudos apontam para grande prevalência de dependência entre os idosos institucionalizados. Vieitas (2015) concluiu que todos os idosos da sua amostra apresentavam algum nível de dependência, sendo mais os mais frequentes o ligeiro (53,0%) e o moderado (33,0%). Silva (2017), por sua vez, encontrou uma maioria de idosos com algum nível de dependência, face a 12,5% de idosos independentes, sendo mais frequente a dependência moderada (22,5%).

É de referir que, em oposição aos resultados destes e do nosso estudo, Almeida (2008) encontrou uma maioria de idosos (63,4%) institucionalizados independentes e apenas 4,3% com dependência importante.

Para vestir-se e despir-se, concretamente, e reportando-nos aos estudos incluídos na nossa *scoping review*, encontramos uma prevalência da dependência variável entre 30,7% (Pagoto et al., 2016) e 74,1%, (Risco et al, 2015), com uma média de 50,7%. No nosso estudo, os idosos completamente independentes são, no máximo 39,0% para escolher as roupas e no mínimo 27,0% para calçar as meias. Podemos concluir que a dependência dos idosos da nossa amostra para cada dimensão do vestir-se e despir-se é superior, mas próxima da média dos estudos revistos.

Como já referido, a forte prevalência de doenças crónicas pode explicar esta dependência no autocuidado. Para além disto, a literatura aponta para que as normas institucionais e as políticas de substituição dos idosos nas suas atividades, mesmo quando não necessário, possam contribuir para níveis elevados de dependência (Imaginário, 2018).

Com a institucionalização há tendência para que a dependência para vestir-se cresça substancialmente, no entanto, de acordo com Beck e colaboradores (2000, cit por Tsai et al., 2018), 75% dos idosos teriam capacidade para vestir-se de forma mais independente caso os funcionários utilizassem estratégias de assistência mais apropriadas. Machado (2015) concluiu que 22,6% dos idosos institucionalizados apresentavam potencial para o desenvolvimento do autocuidado vestir-se e despir-se, isto é, apresentavam capacidade física e cognitiva e expressaram vontade de ser mais independentes. Não foi avaliado no nosso estudo este potencial de desenvolvimento do vestir-se e despir-se, no entanto, a prevalência significativa da dependência e os resultados dos autores anteriores, alertam-nos para a possibilidade de ser necessário adequar a assistência aos idosos às suas reais capacidades.

Conhecer as variáveis que se relacionam com o grau de dependência para vestir-se e despir-se, abre caminho para explorar a natureza destas relações e vir a definir os determinantes deste autocuidado, o que poderá servir de base para a definição de programas de reabilitação que os manipulem favoravelmente no sentido da independência.

Neste estudo não se verificaram relações estatisticamente significativas entre vestir-se e despir-se e as características sociodemográficas dos idosos da amostra, contrariamente a

outros autores, como é exemplo Imaginário (2018), que concluiu que idade mais avançada, viuvez e baixa escolaridade se associam a maiores níveis de dependência.

Tal como neste estudo, Rodrigues (2015) concluiu que os homens são mais independentes no autocuidado, mas não encontrou diferença estatisticamente significativa especificamente para vestir-se e despir-se. A maior dependência no sexo feminino pode ser explicada pela sua maior longevidade, ou seja, pelo maior número de anos que sobrevivem aos homens, mas com um acumular de efeitos do envelhecimento e limitações (Neves, 2012).

Sousa e colaboradores (2014) encontraram uma média de idade superior nos idosos com maior dependência face àqueles com menos independência. Também Rodrigues (2015) concluiu que quando a idade aumenta também aumenta o grau de dependência, no entanto, tal como neste estudo, não foram encontradas evidências estatisticamente significativas.

Já Marinho e colaboradores (2014) e Machado (2015) encontraram relação estatisticamente significativa entre o aumento da idade e da dependência. Parece evidente que todos os efeitos do envelhecimento, já aprofundados ao longo deste estudo, contribuem para o aumento da dependência ao longo dos anos, todavia esta não é inevitável e alguns autores apontam inclusivamente uma melhoria no autocuidado, sobretudo após programas de reabilitação.

Rodrigues (2015) encontrou diferenças significativas para escolaridade, associando níveis académicos superiores a maior independência. Neste estudo, embora não significativas, as diferenças identificadas parecem estar de acordo com este autor. Matos, Mourão e Coelho (2016) concluíram que a escolaridade é uma variável determinante da função cognitiva e capacidade intelectual, o que poderá contribuir para um melhor desempenho no autocuidado.

Contrariamente a outros autores, para os idosos da nossa amostra, não foi encontrada relação estatisticamente significativa do vestir-se e despir-se com a qualidade de vida, satisfação com a vida ou perceção da saúde. É possível que a dependência não seja, para os, por si só, fator decisivo para estas perceções. Como vimos anteriormente, aspetos mentais, sociais, financeiros e ambientais podem ter maior peso (Borg, Hallberg e Blomqvist, 2006; Fonseca et al, 2010).

Neste estudo, foi constatada relação estatisticamente significativa da dependência para vestir-se e despir-se com a osteoporose, outras patologias osteoarticulares, a demência e a incontinência.

À medida que a idade avança, aumenta a proporção de pessoas com osteoporose e, consequentemente, com fraturas do fémur e vértebras. O impacto desta doença é grave e representa uma das principais causas de dependência nos idosos devido à dor e perda de mobilidade. Após uma fratura do fémur, 40% dos idosos é incapaz de andar de forma

independente, 60% requer assistência ao fim de 1 ano e 33% tornam-se totalmente dependentes (IOF, 2020), o que justifica a relação com o vestir-se e despir-se.

Para além da osteoporose, são também muito prevalentes nos idosos doenças como artrite, hérnias discais, dor lombar e escoliose. Estas doenças causam dor, desequilíbrio, diminuição da flexibilidade e limitação na amplitude articular. Perante estes sintomas, os idosos têm muitas vezes medo, quer da dor quer de eventuais lesões, pelo que limitam o seu desempenho físico, o que resulta em aumento da dependência (Santos et al., 2016).

Saga e colaboradores (2013) concluíram que ser dependente no autocuidado, nomeadamente para vestir-se, aumenta o risco de incontinência. Musa e colaboradores (2019), referem que determinados tipos de dependência, por exemplo para transferir-se, podem ser fatores protetores da incontinência, provavelmente por os idosos receberem maior atenção por parte dos funcionários da instituição. Na literatura revista, a dependência surge como causa da incontinência e não no sentido inverso, contudo é possível que, por exemplo, a utilização de fraldas represente um obstáculo para o idoso se vestir sem ajuda.

À medida que a demência evolui e surgem défices cognitivos, a capacidade para escolher e colocar roupas diminui; para diminuir a frustração do idoso, garantir um vestuário eficaz e diminuir o tempo da tarefa, normalmente é oferecida uma assistência desproporcional à dependência, o que a agrava (Tsai et al, 2018).

Santos (2013) refere que valores de IMC extremadamente altos ou baixos se associam a maior risco de declínio funcional, o que verificamos também no nosso estudo, ao verificar relação estatisticamente significativa entre estas variáveis, com níveis de dependência maiores para idosos com baixo peso. Ainda no mesmo sentido, Sousa e colaboradores (2014) concluíram que idosos com mais baixo IMC e desnutridos ou em risco de desnutrição apresentam maior dependência no autocuidado. Tendo em conta que a desnutrição e o baixo peso podem estar associados à diminuição da massa e força muscular, inatividade e baixa energia, é compreensível que idosos nestas condições apresentem maior dependência para vestir-se e despir-se.

Também Bürge e colaboradores (2011) e Lane e colaboradores (2017) concluíram que o baixo peso se associa a maior dependência, e peso normal ou excesso de peso a independência. Contrariamente aos nossos resultados e aos destes estudos, Harris, Engberg e Castle (2018) concluíram que idosos institucionalizados necessitam de maior ajuda para as AVD à medida que o IMC aumenta e Kosar e colaboradores (2018) concluíram que a necessidade de ajuda de 2 pessoas para vestir aumenta à medida que aumenta o grau de obesidade.

Para os idosos da amostra, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o medo de cair e a dependência para vestir-se e despir-se embora o mesmo não se tenha verificado para o número de quedas. Também Neves (2012) e Reis (2015) não encontraram

relação estatisticamente significativa entre estas variáveis, mas concluíram que ter história de queda se associa a maior dependência para vestir-se e despir-se.

No que se refere ao medo de cair, este pode funcionar como fator protetor e motivar algumas pessoas idosas a implementarem medidas preventivas de quedas, assumirem adaptações na marcha e terem melhor equilíbrio; para outras, em contrapartida, pode levar à diminuição da confiança, excessos na restrição da atividade, adaptações incorretas, maior ocorrência de quedas e, conseqüentemente, perda de capacidade física e limitação nas AVD (OMS, 2007; Ferreira, et al., 2018).

Almeida e Neves (2012) e Auais e colaboradores (2018) comprovaram que os idosos com medo de cair apresentam menor confiança na realização das AVD o que, por conseguinte, agrava a dependência. Os nossos resultados são contrários aos destes autores já que o medo de cair aparenta ser um fator protetor para os idosos da nossa amostra. É possível que, como recorrem maioritariamente a ajuda de pessoa para vestir-se e despir-se, sintam maior acompanhamento e segurança e o medo diminua. Pode também ocorrer que ao assumirem medidas preventivas adequadas ao seu real risco de cair, evitem quedas e, portanto, previnam lesões e preservem a função.

Neves (2017) avaliou diversos parâmetros na saúde dos idosos institucionalizados, incluindo o autocuidado, no momento da admissão, 15 dias e 60 dias após a admissão; concluiu-se que durante os primeiros quinze dias 37,5% dos idosos apresentaram um agravamento do seu estado, contudo após dois meses da admissão esta situação reduziu em cerca de 7%. Concluiu que o processo de adaptação inicial pode ser crítico para os idosos, mas que ao longo do tempo é possível que recuperem ou até melhorem o seu estado de saúde.

De acordo com o tipo de estudo realizado, não é possível encontrar uma sequência na progressão da dependência no autocuidado, como referido por autores como Edjolo e colaboradores (2016). Encontramos, contudo, alguma concordância entre os autocuidados que surgem inicialmente nesta sequência e aqueles que os idosos da amostra apresentam mais comprometidos, nomeadamente tomar banho, arranjar-se, vestir-se e despir-se.

Pereira (2014) explica que a transição para a dependência é um processo, multidimensional e multicausal. Como vimos até ao momento, os fatores que potencialmente conduzem a dependência são transversais à globalidade das atividades de autocuidado, portanto, a relação estatisticamente significativa de todas elas com o vestir-se e despir-se é um resultado muito expectável.

A contraposição dos resultados obtidos neste estudo com os de outros estudos para populações semelhantes permite-nos julgar a sua exatidão, de acordo com o proposto por Fortin (2009). Na sua globalidade, estes resultados foram sobreponíveis, contudo, para um reduzido número de variáveis, estatisticamente significativos.

Os resultados obtidos deram resposta às questões de investigação definidas, uma vez que possibilitaram uma caracterização sociodemográfica, do estado e percepção da saúde, bem como do autocuidado dos idosos e, posteriormente, permitiram explorar e concluir acerca das relações destas variáveis com a dependência para vestir-se e despir-se.

Na literatura encontramos vastos estudos acerca do autocuidado da população idosa institucionalizada, mas poucos com foco específico no vestir-se e despir-se. É lógico presumir que os fatores que influenciam o autocuidado como um todo possam também relacionar-se com as tarefas que o constituem, no entanto, nem sempre pôde ser comprovada esta possibilidade na comparação com outros estudos pela ausência de dados concretos do vestir-se e despir-se.

A técnica de amostragem de conveniência, não probabilística, condiciona a generalização dos resultados para toda a população institucionalizada de VNF, contudo pudemos constatar que muitas das características encontradas na amostra são concordantes com estudos populacionais, nomeadamente do INE, o que indica uma boa representatividade das características da população na amostra.

O facto de terem sido excluídos idosos com défice cognitivo que impossibilitasse a aplicação do instrumento de avaliação, pode também ter representado uma limitação ao estudo, já que esta é uma principal causa de dependência referida na literatura. Numa fase exploratória esta foi, ainda assim, a opção metodológica para recolha de dados, pois permitiu aceder a um grande número de idosos e de informação que, por exemplo através da observação direta, seria muito moroso.

Apesar das relações entre as variáveis não serem em muitos casos significativas, estas relações devem ser consideradas, já que são as diferenças encontradas são relevantes na prática.

Para compreender como a evidência produzida neste estudo pode ter implicações na prática e investigação, pode ser útil atentar, para além das competências elencadas pela OE (2019), ao Modelo Profissional de Enfermagem de Reabilitação da Association of Rehabilitation Nurses (ARN). Este modelo funciona como uma estrutura orientadora e abrange 4 domínios que refletem todas as competências do enfermeiro de reabilitação, necessárias nos diferentes contextos de cuidados - intervenções geridas pelo enfermeiro, promoção de uma vida bem-sucedida, cuidados interprofissionais e liderança (Vaughn et al., 2015).

As intervenções geridas pelo enfermeiro de reabilitação são aquelas que realiza de forma autónoma para promover a função e a gestão da saúde em pessoas com incapacidade ou doença crónica. Estas intervenções têm fundamento na evidência científica, mas dependem também da percepção e criatividade do enfermeiro face à complexidade e especificidades de cada pessoa, e passam pela aplicação de meios tecnológicos, estratégias educativas e cuidados centrados na pessoa e na família (Vaughn et al., 2015).

Neste tipo de intervenções, incluímos todas aquelas que têm como objetivo maximizar a capacidade funcional e, simultaneamente, promover capacidades adaptativas e reeducar a função, conforme indicado pela OE (2019).

No caso concreto dos idosos da amostra, pela prevalência destas problemáticas, a intervenção do enfermeiro de reabilitação deverá incidir na promoção da independência nas AVD, gestão das doenças crónicas e medicação associada, controlo do IMC, diminuição da ocorrência de quedas e do medo de cair, promoção da qualidade de vida, melhoria da satisfação com a vida e com a saúde.

Os programas de reabilitação, como os descritos por Cardoso (2016), Crocker e colaboradores (2013) e Nogueira (2018) mostraram-se eficazes em manipular favoravelmente as condições descritas nesta população. Imaginário (2018) acrescenta que são ideais para idosos institucionalizados programas que combinem atividades instrumentais, exercício físico e participação social.

A estes autores, acrescentamos as conclusões de outros que se focaram nos problemas específicos encontrados nos idosos da amostra.

Vinsnes e colaboradores (2012), por exemplo, implementaram um programa personalizado de treino para minimizar a incontinência que incluiu intervenções como treino de marcha, de transferências e outras AVD como vestir-se, exercícios de equilíbrio, força muscular e resistência e também atividades criativas e recreativas. Este programa foi eficaz na melhoria global nas AVD e capacidade física, bem como na diminuição de episódios de incontinência, sem incluir o treino vesical standard habitualmente aplicado em casos de incontinência. Mais uma vez é de salientar que aqui a dependência é tida como causa da incontinência e será relevante explorar a relação inversa.

Scheffers-Barnhoorn e colaboradores (2017) concluíram que terapia comportamental, incluindo exposição guiada às atividades associadas ao medo de cair e evitadas pelos idosos, tem efeito positivo nesta variável.

De acordo com estes autores e também com o levantamento de necessidades nos idosos que constituem a amostra, recomenda-se a implementação consistente ao longo do tempo de treino de força e flexibilidade, treino de AVD e de marcha, exercícios de equilíbrio, treino postural, exercícios de respiração e relaxamento, atividades de lazer, terapia cognitiva, rastreios de saúde, massagem, tratamento a condições dos pés, formação sobre estilos de vida e referenciação a serviços de saúde especializados.

Deverão ser alvo de estudos futuros, para esta população específica, a concreta da combinação de atividades, bem como a sua frequência, duração e tamanho do grupo de intervenção.

No ponto particular do uso da tecnologia, é de destacar que os idosos da amostra recorrem em reduzido número a equipamento adaptativo que poderia minimizar a sua dependência. Esclarecer se isto provém da indisponibilidade dos materiais, desinformação, normas institucionais, significados dos idosos ou outros fatores será também uma possível linha de investigação. A avaliação da necessidade, prescrição e treino da utilização de equipamentos adaptativos, nomeadamente para vestir-se é também uma competência do enfermeiro de reabilitação (OE, 2019), que poderá ter aplicabilidade nesta população.

A definição de uma vida bem-sucedida, de acordo com o segundo domínio do modelo da ARN, relaciona-se com a redução de riscos, a promoção da saúde e a prevenção da limitação ao longo do ciclo de vida (Vaughn et al., 2015). Esta visão é partilhada pela OE (2019, p. 13565) que se refere às competências do enfermeiro de reabilitação “relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação (...) de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades”.

Temos vindo a falar exaustivamente em autonomia na pessoa idosa e é aqui que ela se enquadra neste modelo - é imprescindível uma abordagem numa perspetiva de colaboração, que incorpore a literacia, habilidades e experiências do idoso, para resolver problemas e tomar decisões sobre os cuidados (Vaughn et al., 2015). As alterações no seu estilo de vida, sejam preventivas, sejam reparativas de danos instalados, dependem do seu envolvimento. Como principal recomendação para a prática daqui decorrente, recomenda-se que as ERPI estimulem de facto a participação e evitem a substituição na tomada de decisões e realização de tarefas que os idosos ainda são capazes de fazer por si próprios.

O processo de envelhecimento, as limitações e doenças crónicas dos idosos têm na sua base os estilos de vida adotados ao longo dos anos. Os estudos que avaliam estas questões focam-se no tabagismo e consumo de álcool, relações familiares e sociais, atividade física e alimentação, hábitos de lazer e religiosidade (Ferreira, et al., 2018).

A esse propósito, a DGS (2017, p. 22) considera que “condições e estilos de vida saudável desde o início da vida são o melhor investimento para a realização do potencial de saúde, prevenção das doenças crónicas e maximização das capacidades intrínsecas individuais, com vistas a promover a funcionalidade, a independência e a autonomia das pessoas mais velhas”. Se os comportamentos conduzem a doenças que, por sua vez, conduzem a dependência, a principal recomendação para a prática daqui decorrente será implementar intervenções que visem comportamentos saudáveis o mais precocemente possível.

Nas ERPI, é um indicador de qualidade as ementas serem elaboradas segundo o aconselhamento dum nutricionista ou outro profissional de saúde (Instituto da Segurança Social, 2014). Os idosos da amostra apresentam predominantemente estado nutricional normal, mas também um número considerável está em risco de desnutrição. O risco de desnutrição não é definido necessariamente por IMC baixo, portanto, predomina ainda assim

entre os idosos da amostra o excesso de peso. Estes resultados revelam que os hábitos alimentares nas instituições têm ainda potencial para serem melhorados.

Será relevante aprofundar em estudos futuros os restantes hábitos dos idosos, nomeadamente o nível de atividade física dos idosos, que muito intrinsecamente se relaciona a estas questões e implementar programas de exercício com vista ao controlo do peso corporal.

Para além dos fatores intrínsecos, também os ambientes físicos exercem um forte impacto na segurança das pessoas idosas, devendo estar adaptados às suas necessidades e limitações para viabilizarem o aumento da sua capacidade funcional e a prevenção de riscos, como quedas (DGS, 2017). Uma vez que os idosos da amostra têm, na sua maioria, história de queda, uma recomendação decorrente deste estudo é também a exploração detalhada das suas causas e consequências, também no que respeita às barreiras arquitetónicas, de forma a implementar medidas preventivas mais eficazes.

Olhando para os cuidados interprofissionais, é competência do enfermeiro de reabilitação desenvolver relações com a equipa multidisciplinar e promover a colaboração entre os diferentes profissionais, tendo em vista a implementação de um plano de cuidados holístico (Vaughn et al., 2015).

Na equipa multidisciplinar, o enfermeiro de reabilitação deve funcionar como líder e consultor no que respeita à sua área específica de intervenção, promover uma comunicação efetiva e gerir eventuais conflitos, agregar e partilhar dados relevantes, sempre com o reconhecimento de que a diversidade da equipa representa uma força de sinergia (Vaughn et al., 2015).

Estas competências fazem todo o sentido quando constatamos que a dependência é um fenómeno multifatorial e que beneficia dos conhecimentos especializados dos profissionais das diferentes áreas da saúde, incluindo dimensões físicas, psicológicas, ambientais, espirituais e sociais.

Se nos focarmos nas variáveis deste estudo com relação significativa com o vestir-se e despir-se (medo de cair, osteoporose e doenças osteoarticulares, demência, incontinência, IMC e autocuidado), constatamos que são áreas de intervenção sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação - já que é da sua competência avaliar e intervir no sentido de otimizar, reeducar e promover a adaptação face a alterações motoras, sensitivas, cognitivas, de eliminação e das AVD (OE, 2019) -, mas também áreas-alvo de outros profissionais.

Quanto a isto, os documentos normativos da qualidade das ERPI referem claramente a responsabilidade destas instituições de prestarem ou promoverem o acesso a cuidados de reabilitação e mencionam em diferentes momentos, como outros profissionais envolvidos nos seus processos-chave, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, animadores

culturais, terapeutas ocupacionais e médicos - não necessariamente como funcionários da instituição, mas pelo menos como parceiros externos (Instituto da Segurança Social, 2011, 2014).

Por tudo isto, este estudo contribui para a consciencialização de que é imprescindível o trabalho combinado de uma equipa multidisciplinar, que inclua, evidentemente enfermeiros de reabilitação.

No que respeita à liderança e ao impacto nas políticas de saúde, o enfermeiro de reabilitação deve não só regular a sua prática pelos padrões e normas em vigor, como também contribuir para o desenvolvimento dessas políticas, no sentido de melhorar os serviços comunitários, minimizar as barreiras ambientais e adequar atitudes sociais perante pessoas com limitações (Vaughn et al., 2015).

Em Portugal, o Ministério da Saúde e a DGS definem os programas nacionais no que respeita à saúde e destacam como objetivo aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%. Para tal, consideram “essencial tirar partido da informação crescentemente disponível de diferentes fontes e naturezas, ao longo do tempo, integrando indicadores de saúde, determinantes de saúde, custos, entre outros” (DGS, 2017 p. 12). Consideram a investigação científica um eixo estratégico essencial e, portanto, recomendam o levantamento de necessidades, o desenvolvimento e avaliação de intervenções e a disseminação de boas práticas e da inovação (DGS, 2017).

Numa perspetiva regional, a Camara Municipal de Vila Nova de Famalicão, entidade parceira no desenvolvimento deste estudo, aderiu à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, no sentido de desenvolver estratégias locais de promoção da saúde (Câmara Municipal de VNF, 2020).

Este estudo, ao caracterizar os idosos institucionalizados e as suas dependências, funciona como uma ação de diagnóstico, torna evidentes as áreas de saúde que beneficiam de intervenção e fornece fundamentação para orientar o desenvolvimento de políticas de saúde, particularmente no município de VNF e nas ERPI. Conhecer indicadores de saúde, dos quais são exemplo a capacidade funcional e a dependência no autocuidado, permite “identificar oportunidades de melhoria dos cuidados e influenciar a introdução de mudanças nas políticas e das estratégias em saúde” (OE, 2015 p. 3).

Ainda no que diz respeito à liderança, é competência do enfermeiro de reabilitação a divulgação do conhecimento próprio da área, em diversos contextos, nomeadamente académico, por exemplo através de publicações e apresentações. Para além de gerar estratégias inovadoras para a prática com base na evidência, procura ele próprio gerar recomendações fundamentadas em estratégias rigorosas de investigação (Vaughn et al., 2015).

De acordo com Gomes (2014, p.4), “a investigação é o motor impulsionador de qualquer profissão, pelo que é através desta via que os profissionais de enfermagem na área de reabilitação poderão demonstrar o seu contributo específico e insubstituível para ganhos em saúde”. Foi com este propósito de contribuição para o desenvolvimento científico e melhoria da qualidade dos cuidados através da sua transposição para a prática que surgiu este estudo.

Tendo em conta que “as investigações descritivas preparam o caminho para estudos mais avançados” (Fortin, 2009 p. 479), sugere-se, a partir deste estudo, o alargamento a outras localizações geográficas, bem como o aprofundamento de cada uma das variáveis e a investigação de relações de causalidade. Será também pertinente estudar longitudinalmente a evolução da dependência para vestir-se e despir-se, comparando o status no momento da admissão na instituição com momentos posteriores, quer para avaliar a influência do tempo de institucionalização quer para testar programas de reabilitação. Mais ainda, será relevante comparar a real capacidade do idoso para vestir-se e despir-se com as tarefas que de facto realiza, isto é, que fatores externos determinam a dependência no autocuidado e qual o papel da instituição neste processo.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional gera desafios aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros de reabilitação, e exige como resposta o desenvolvimento científico na teoria e prática dos cuidados.

As alterações próprias do envelhecimento, associadas à grande prevalência de doenças crónicas, condiciona limitações funcionais e perda da independência no autocuidado.

Perante esta prevalência da dependência e o contexto socioeconómico e cultural das famílias portuguesas, a institucionalização é muitas vezes a solução, solução essa com limitações inerentes, já que o idoso é afastado do seu ambiente e meio de vida habitual e integra não só um espaço como um conjunto de normas diferentes.

Às ERPI, cabe o complexo empreendimento de equilibrar a vida do idoso numa nova comunidade com as limitações inerentes à gestão de uma instituição, sempre com foco nas políticas de promoção de estilos de vida saudáveis, gestão dos processos de comorbilidades, segurança, integração, educação e participação (DGS, 2017).

Reconhecendo que este é um grande desafio para os gestores, os profissionais das instituições, os idosos e as famílias, este estudo surgiu como um contributo para caracterizar e compreender as necessidades no autocuidado, no caso particular do vestir-se e despir-se.

Com o conhecimento claro deste processo, o desafio para todos estes intervenientes, pode representar, na verdade, uma oportunidade para que os idosos sejam mais independentes, as relações familiares e sociais mais significativas e as instituições mais alinhadas com os objetivos que representam.

A especificidade do foco no vestir-se e despir-se prendeu-se com o reconhecimento de estas são tarefas do autocuidado com particular importância para os idosos e das primeiras a ficar comprometidas. Para além das questões evidentes de proteção e conforto, associam-se à identidade e intimidade do idoso. É através do vestir-se e despir-se, que o idoso demonstra controlo sobre si próprio e o seu espaço e expressa quem é (Tsai et al, 2018). O vestuário expressa o que considera socialmente adequado, indicado para a época, a cultura e a idade, conforme o seu julgamento (Almeida, 2011).

Com este estudo, concluímos que nas instituições de VNF a idade média dos idosos é de 81 anos e que é representativo o grupo dos muito idosos. É prevalente, em grande maioria, o sexo feminino, o que alerta para a necessidade de cuidados que considerem as diferenças

de género. Os idosos ficam institucionalizados por muitos anos, maioritariamente mais do que 5, o que reforça que esta relação duradoura deva por todos os meios ser positiva.

A pluripatologia e polimedicação são comuns. Esclarecer e intervir nas causas destes fenómenos deve também ser uma prioridade das instituições.

Outros fatores, como a obesidade e a ocorrência de quedas, que representam riscos para a saúde dos idosos, são também um problema nas instituições.

Apesar das doenças e limitações, os idosos institucionalizados consideram razoável a sua qualidade de vida, satisfação com a vida e saúde e, curiosamente, classificam a sua saúde como melhor relativamente a pessoas da mesma idade.

Confirmamos que, em diferentes graus, os idosos institucionalizados são dependentes para o autocuidado, tendo maior probabilidade de necessitar de ajuda de pessoa para arranjar-se, tomar banho e vestir-se.

A sua dependência para vestir-se tem relação estatisticamente significativa com o seu IMC, medo de cair, patologias crónicas e restantes dimensões do autocuidado. Nestas áreas, o enfermeiro de reabilitação tem demonstradas competências para intervir, pelo que é claro o seu papel nas ERPI.

Assumimos que é impraticável sobrepor as limitações inerentes a um estudo descritivo e limitado a um só município. Com este reconhecimento, podemos ainda assim afirmar que os resultados obtidos deram resposta às questões de investigação definidas e são um contributo para a melhoria da prática dos enfermeiros nas ERPI, para a consciencialização das instituições e entidades reguladoras das reais necessidades dos idosos e ainda um estímulo para estudos de outras naturezas, nomeadamente correlacionais e experimentais.

Reconhecemos, como nota final, que a inatividade e falta de estímulo cognitivo, por vezes associada à institucionalização, leva os idosos a um ciclo vicioso que se autoalimenta. Idosos que se condicionam ou são condicionados por défice funcional, dor, medo, normas institucionais ou assistência excessiva, cada vez participam menos no autocuidado e, por conseguinte, cada vez mais veem degradada a sua capacidade funcional e qualidade de vida. Interromper este ciclo é a chave para um envelhecimento saudável nas instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, António. 2008. *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2008.

Almeida, Maria Lurdes. 2011. *Autocuidado e Promoção da Saúde do Idoso. Contributo para uma Intervenção de Enfermagem. Tese de Doutoramento.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011.

Almeida, Mariana, Broega, Ana e Moura, Mônica. 2018. *O design inclusivo no vestuário e seus fatores dimensionais de conforto ao idoso contemporâneo.* s.l. : Universidade do Minho. Estação das Letras e Cores, 2018.

Almeida, P e Neves, R. 2012. As quedas e o medo de cair em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Kairós Gerontologia.* 2012, Vol. 15, 5, pp. 27-43.

Amer, Motassem, Abdellah, Asmaa e Elsayed, Eman. 2018. Fear of falls among nursing homes residents and community dwelling elderly. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine.* 2018, Vol. 73, 5, pp. 6785-6788.

Assunção, Renato. 2010. *Dependência no Idoso: Factores Determinantes. Dissertação de Mestrado.* Coimbra : Fundação Bissaya Barreto, 2010.

Auais et al., Mohammad. 2018. Fear of Falling Predicts Incidence of Functional Disability 2 Years Later: A Perspective From an International Cohort Study . *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences.* 2018, Vol. 73, 9, pp. 1212-1215.

2014. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014, Vol. 19, 8, pp. 3513-3520.

Barros et al. 2016. Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa. *ABCS Health Science.* 2016, Vol. 41, 3, pp. 176-180.

Borges, H. 2018. *Impacto da promoção do Autocuidado nos Idosos. Dissertação de mestrado.* Bragança : ESSA IPB, 2018.

Borson, S. 2000. The mini-cog: a cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 2000, Vol. 15, 11, pp. 1021-1027.

Boström et al, G. 2014. Functional capacity and dependency in transfer and dressing are associated with depressive symptoms in older people. *Clinical Interventions in Aging.* 2014, Vol. 9, pp. 249-257.

Bürge, E, Berchtold, A. e von Gunten, A. 2011. Gender-related ADL performance of old people recently admitted to a Swiss nursing home. A cross-sectional study. *Swiss Medical Weekly.* 2011, Vol. 141, pp. 13183-13183.

C. Borg, I. Hallberg, K. Blomqvist. 2006. Life satisfaction among older people with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing.* 2006, Vol. 15, pp. 607-618.

Cabral et al. 2013. *Processos de Envelhecimento em Portugal - usos do tempo, redes sociais e condições de vida.* Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.

- Câmara Municipal de VNF, . 2019.** Página Inicial » Economia » Caracterização do concelho » População. *Famalicão - Câmara Municipal*. [Online] 21 de jul de 2019. https://www.vilanovadefamalicao.org/_populacao.
- . **2020.** Residentes » Saúde » Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. *Câmara Municipal de Famalicão*. [Online] 2020. <https://www.cm-vnfamalicao.pt/famalicao-municipios-saudaveis>.
- Camejo, Maria. 2013.** *Institucionalização: O fim da linha?. Dissertação de Mestrado*. Leiria : Instituto Superior de Línguas e Administração, 2013.
- Cardoso, Denise. 2016.** *Relação de vinculação e de suporte social vivenciados pelos idosos nas instituições*. Porto : Instituto Superior de Serviço Social do Porto, 2016.
- Cardoso, T. 2016.** *Unidade de cuidados na comunidade e promoção da saúde do idoso - enfermeiro de reabilitação. Dissertação de Mestrado*. Porto : ESEP, 2016.
- Carpenito-Moyet, L. 2012.** *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 13ª. Porto Alegre : Artmed, 2012.
- Carvalho, Carolina Marcelino. 2018.** *Caracterização do perfil psicomotor, funcional, cognitivo e emocional de pessoas idosas no momento e após três meses de institucionalização. Dissertação de Mestrado*. Évora : Universidade de Évora: Escola de Ciências e Tecnologias, 2018.
- Castro, Márcia. 2017.** *Qualidade de Vida no Idoso Institucionalizado*. Ponte de Lima : Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde, 2017.
- Chekani, Farid, Bali, Vishal e Aparasu, Rajender. 2016.** Functional Status of Elderly Nursing Home Residents With Parkinson's Disease. *Journal Of Parkinson's Disease*. 2016, Vol. 6, 3, pp. 617-624.
- Chiu et al., S. 2018.** Effects of resistance training on body composition and functional capacity among sarcopenic obese residents in long-term care facilities: a preliminary study. *BMC Geriatrics*. 2018, Vol. 18, 1, pp. 11-21.
- Collière, Marie-Françoise. 1999.** *Promover a Vida*. 2ª. Lisboa : Lidel, 1999.
- Crocker et al. 2013.** Physical rehabilitation for older people in long-term care (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*. 2013, Vol. 2.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, . 2006.** DR n.º 109/2006, Série I-A, de 06 de junho de 2006. 2006.
- Despacho n.º 12427/2016, . 2016.** DR. 2ª série n.º 199, de 17 de outubro de 2016. 2016, pp. 30783-30784.
- DGS. 2017.** *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. s.l. : DGS. SNS, 2017.
- . **2012b.** *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário*. Lisboa : DGS e Fundação MAPFRE, 2012b.
- . **2006.** *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2006.
- DGS, . 2004.** *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa : OMS, DGS, 2004.
- . **2017.** *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*. 2017.

- . 2012a. Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Objetivo para o Sistema de Saúde Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. [Online] 2012a. [Citação: 20 de nov de 2018.] <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS2.pdf>.
- Diogo, Cláudia.** 2016. *Avaliação da Qualidade Sentida e Satisfação dos Clientes de uma Estrutura Residencial para Idosos. Relatório de Estágio.* Portalegre : Instituto Politécnico de Portalegre, 2016.
- Edjolo et al., A.** 2016. Natural History of Dependency in the Elderly: A 24-Year Population-Based Study Using a Longitudinal Item Response Theory Model. *American Journal of Epidemiology.* 2016, Vol. 183, 4, pp. 277-285.
- Espírito-Santo, Helena e Daniel, Fernanda.** 2019. *Trajetos do Envelhecimento - Perspetivas teóricas e empíricas.* Coimbra : Imprensa da Universidade de Coimbra, 2019.
- Euromonitor International, .** 2019. Euromonitor International. *The Top 5 Oldest Countries in the World.* [Online] 2019. [Citação: 24 de jun de 2019.] <https://blog.euromonitor.com/the-top-5-oldest-countries-in-the-world/>.
- European Commission, .** 2017. *The 2018 Ageing Report - Institutional Paper.* Luxemburgo : Publications Office of the European Union, 2017.
- Eurostat.** 2019. Ageing Europe - Looking at the lives of older people in EU. *Eurostat.* [Online] 2019. [Citação: 02 de mai de 2020.] <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>.
- . 2018. Eurostat Statistics Explained. *Population structure and ageing.* [Online] 2018. [Citação: 23 de jun de 2019.] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing.
- . 2015. *People in the EU: who are we and how do we live?* Luxemburgo : Publications Office of the European Union, 2015.
- Ferreira et al., Ana.** 2018. Repercussão do medo de cair nos aspetos físicos-funcionais e quedas. *Revista Varia Scientia - Ciências da Saúde.* 2018, Vol. 4, 1, pp. 17-28.
- Ferreira, Luana Karoline, Meireles, Juliana Fernandes Filgueiras e Ferreira, Maria Elisa Caputo.** 2018. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2018, Vol. 21 , 5, pp. 639-651.
- Ferreira, Maria.** 2015. *Polimedicação em Idosos Institucionalizados. Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação. Relatório Mestrado.* Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2015.
- Ferreira, Zélia.** 2011. *Percepção Do Estado De Saúde Da Pessoa Idosa Institucionalizada. Dissertação de Mestrado.* Lisboa : Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa, 2011.
- Fong, J., Mitchell, O. e Koh, B.** 2015. Disaggregating activities of daily living limitations for predicting nursing home admission. *Health Services Research.* 2015, Vol. 50, 2, pp. 560-578.
- Fonseca et al., M.** 2010. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública.* 2010, Vol. 44, 1, pp. 159-165.
- Fortin, Marie-Fabienne.** 2009. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação.* 5ª. Loures : Lusodidata, 2009.
- Freitas, Elizabete e Py, Ligia.** 2011. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* 3ª. Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan Ltda, 2011.

- Freitas, Mariana e Scheicher, Marcos. 2010.** Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2010, Vol. 13, 3, pp. 395-401.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos, . 2019.** índice de Envelhecimento. *Pordata*. [Online] 2019. [Citação: 23 de jul de 2019.] <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>.
- Gerrard, P. 2013.** The hierarchy of the activities of daily living in the Katz index in residents of skilled nursing facilities. *Journal Of Geriatric Physical Therapy*. 2013, Vol. 36, 2, pp. 87-91.
- Gomes, Bárbara. 2014.** Apresentação. [autor do livro] Bárbara Gomes et al. *Investigação em Enfermagem de Reabilitação - um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Porto : s.n., 2014.
- Gonçalves et al. 2010.** O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010, Vol. 26, 9, pp. 1738-1746.
- Gonçalves, Tatiana e Veríssimo, Manuel. 2014.** *Avaliação Nutricional: Desnutrição Em Idosos Residentes Em Lar Vs Idosos Hospitalizados*. Coimbra : Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2014.
- Goulart, Pedro, Bedi, Arjun e Eaton, Martin. 2014.** Trabalho Infantil em Portugal. [autor do livro] Fernando Alexandre et al. *A Economia Portuguesa na União Europeia: 1986-2010*. Coimbra : Conjuntura Actual Editora, 2014, pp. 357-368.
- Grou, Ana. 2013.** *Seguimento Farmacoterapêutico em Idosos. Dissertação de Mestrado*. Coimbra : Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, 2013.
- Güths et al., Jucélia. 2017.** Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017, Vol. 20, 2, pp. 175-185.
- Harris, J, Engberg, J e Castle, N. 2018.** Obesity and intensive staffing needs of nursing home residents. *Geriatric Nursing*. 2018, Vol. 39, 6, pp. 696-701.
- Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice.*
- Schumacher, k, Jones, S e Meleis, A. 1999.** [ed.] E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer. 1999, Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals, pp. 1-26.
- Hoeman, S. 2008.** *Enfermagem de Reabilitação*. 4ª. Loures : Lusodidata, 2008.
- ICN. 2017.** Browser CIPE. ICN - International Council of Nurses. [Online] 2017. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.
- Imaginário, Cristina. 2018.** *Perfil de Autocuidado de Idosos Institucionalizados em Equipamentos Residenciais para Pessoas Idosas no Distrito de Vila Real. Tese de Doutoramento*. Vila Real : UTAD, 2018.
- INE, . 2011.** CENSUS 2011. Instituto Nacional de Estatística - População residente em 2001 e 2011, segundo os grupos etários e sua evolução entre 2001 e 2011. [Online] 2011. [Citação: 23 de jul de 2019.] https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros.
- . 2015. Destaque - Informação à Comunicação Social | Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Instituto Nacional de Estatística*. [Online] 2015. [Citação: 01 de mai de 2020.] [file:///C:/Users/Sara%20Porreira/Downloads/10Dia_Mundial_Pop_2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Sara%20Porreira/Downloads/10Dia_Mundial_Pop_2015%20(1).pdf).

- Instituto da Segurança Social, . 2014.** Estrutura Residencial para Idosos - Modelo de Avaliação da Qualidade. *Segurança Social*. [Online] 2014. [Citação: 20 de jul de 2019.] http://www.seg-social.pt/documents/10152/13645/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_modelo_avalia%C3%A7%C3%A3o/41b4bfa9-a62d-4bb4-b368-c79d60211ecd.
- Instituto da Segurança Social, . 2011.** Estrutura Residencial para Idosos - Manual de Processos-Chave. *Segurança Social*. [Online] 2011. [Citação: 24 de mai de 2018.] http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4.
- IOF. 2020.** Impacto of Osteoporosis. *International Osteoporosis Foundation*. [Online] 15 de ago de 2020. <https://www.iofbonehealth.org/impact-osteoporosis>.
- Isaksson et al., . 2009.** Factors associated with the prevalence of violent behaviour among residents living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2009, Vol. 18, 7, pp. 972-980.
- Jerez-Roig et al., Javier. 2016.** Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2016, Vol. 12, 11, pp. 3367-3375.
- Kocic et al., M. 2016.** Relationship between fear of falling and functional status in nursing home residents aged older than 65years. *Geriatrics & Gerontology International*. 2016, Vol. 17, 10, pp. 1470-1476.
- Kosar et al., . 2018.** Higher Level of Obesity Is Associated with Intensive Personal Care Assistance in the Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018, Vol. 19, 11, pp. 1015-1019.
- Lane et al., . 2017.** Disability in long-term care residents explained by prevalent geriatric syndromes, not long-term care home characteristics: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2017, Vol. 17, 1, pp. 17-49.
- Levy et al., . 2016.** Sequence of Functional Loss and Recovery in Nursing Homes. *Gerontologist*. 2016, Vol. 56, 1, pp. 52-61.
- Lini, Ezequiel, Portella, Marilene Rodrigues e Doring, Marlene. 2016.** Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*. 2016, Vol. 19, 6, pp. 1004-1014.
- Lisboa, C. e Chianca, T. 2012.** Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012, Vol. 65, 3, pp. 482-487.
- Loureiro, Maria Helena. 2008.** Validação do "Mini-nutricional assessment" em idosos. *Dissertação de Mestrado*. Coimbra : Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2008.
- Lourenço, Paulo. 2014.** *Institucionalização do Idoso e Identidade*. *Dissertação de Mestrado*. Portalegre : Instituto Politécnico de Portalegre, 2014.
- Machado, M. 2015.** *Estudo das Necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Lares da Região Norte*. *Tese de Doutoramento*. Porto : Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde., 2015.
- Marinho et al., Lara. 2013.** Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2013, Vol. 34, 1, pp. 104-110.
- Marteli et al. 2017.** Aviamentos e a vestibilidade de roupas para idosos: uma contribuição do design ergonómico. Publicação de Conferência. 2017.

- Marteli, L. 2017.** Estudo ergonômico para a concepção de vestuário para idosas institucionalizadas. Publicação de Conferência. Semana Acadêmica de Moda. *Moda e Diversidade Cultura, Corpo e Carreira*. 2017.
- Matos, Ana, Mourão, Isabel e Coelho, Eduarda. 2016.** Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. *Motricidade*. 2016, Vol. 12, 2, pp. 38-47.
- McEwen, M e Wills, E. 2014.** *Theoretical bases for nursing*. 4ª. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- Meleis, Afaf. 2012.** *Theoretical Nursing - Development and Progress*. 5ª. Filadélfia : Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
- . 2010. *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova York : Springer Publishing Company, 2010.
- Meleis, Afaf, et al. 2000.** Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. 2000, Vol. 23, 1, pp. 12-28.
- Mendes, M., Novo, A. e Preto, L. 2012.** *Funcionalidade em idosos com osteoartrite*. Bragança : ULDM Sta Maria Maior. Escola Superior de Saúde IPB, 2012.
- Menezes et al. 2011.** Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2011, Vol. 14, 3, pp. 485-496.
- Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, . 2009.** *Carta Social - A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa : Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, 2009.
- . 2019a. Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência) - Equipamentos existentes no Distrito de Braga, Concelho de Vila Nova de Famalicão. *Carta Social*. [Online] jan de 2019a. [Citação: 21 de jul de 2019.] http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=03&cod_concelho=12&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2107&nome=&localpostal=&temCert=false.
- . 2019b. *Relatório 2018 Carta Social Rede de Serviços e Equipamentos*. Lisboa : GEP/MTSSS, 2019b. <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2018.pdf>.
- Ministério da Saúde, . 2018.** *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa : Ministério da Saúde, 2018.
- Musa et al, M. 2019.** The Prevalence, Incidence, and Correlates of Fecal Incontinence Among Older People Residing in Care Homes: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019, Vol. 20, 8, pp. 956-962.
- Nestle Nutrition Intitute, . 2019.** MNA Mini Nutritional Assessment. *Nestle Nutrition Institut*. [Online] 2019. [Citação: 23 de jan de 2019.] <https://www.mna-elderly.com/default.html>.
- Netto, Matheus Papaléo. 2007.** *Tratado de Gerontologia*. 2ª. São Paulo : Editora Atheneu, 2007.
- Neves, Helena. 2012.** *Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos*. *Dissertação de Mestrado*. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2012.
- Nightingale, Florence. 2005.** *Notas Sobre Enfermagem. Prefácio de Germano Couto*. Loures : Lusodidata, 2005.

Nogueira, Isabel. 2018. *Impacte de um programa de exercício físico na capacidade funcional de idosos institucionalizados. Dissertação de mestrado.* Porto : ESEP, 2018.

OCDE, . 1998. *Maintaining prosperity in an ageing society POLICY BRIEF.* s.l. : OCDE Observer, 1998.

OE. 2013. O Enfermeiro nas Estruturas Residenciais de Idosos. *Ordem dos Enfermeiros.* [Online] 2013. [Citação: 02 de set de 2019.]
<https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/o-enfermeiro-nas-estruturas-residenciais-de-idosos/>.

—. 2012. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual, enunciados descritivos.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2012.

—. 2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Regulamento nº392/2019. D. R. 2ª série nº 85, de 03 de maio de 2019. 2019, pp. 13565 - 13568.

—. 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação D. R. 2ª série nº 119, de 22 de junho de 2015. 2015, pp. 16655 - 16660.

OEI e Ministério da Educação de Portugal. 2003. *Sistema Educativo Nacional de Portugal.* Madrid : OEI, 2003.

OMS. 2007. *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age.* França : OMS, 2007.

OMS, . 2002. *Active Ageing - a policy framework.* Genebra : Health Canada. UNFP. Geneva International Network on Ageing (GINA), 2002.

—. 2016. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. *World Health Organization.* [Online] 2016. [Citação: 01 de mai de 2020.]
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/.

Orem, Dorothea, Renpenning, Katherine e Taylor, Susan. 2003. *Self care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem.* New York : Springer Publishing Company, 2003.

Pagoto et al., V. 2016. Comparação da funcionalidade de idosos residentes em duas modalidades institucionais. *Revista Electronica de Enfermagem.* 2016, pp. 1-10.

Pais-Ribeiro, J, et al. 2007a. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde.* 2007a, pp. 217-220.

Paúl, C e Fonseca. 2005. *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados.* . Lisboa : Climepsi Editores, 2005.

Paúl, Constança e Ribeiro, Oscar. 2012. *Manual de Gerontologia - aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento.* Lisboa : Lidel, 2012.

Pavarini, S e Neri, A. 2000. Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. [autor do livro] Duarte e Diogo. *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico.* São Paulo : Atheneu, 2000, pp. 49-70.

Pereira, Ricardo. 2013. *Análise das Motivações de Escolha no Mercado dos Lares de Idosos em Portugal. Dissertação de Mestrado.* Lisboa : IPAM, 2013.

Pereira, Soraia. 2014. *Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado - Versão Reduzida. Dissertação de Mestrado.* Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014.

- Peres, Mariline. 2014.** *Os Idosos Institucionalizados. Estudo de Algumas Variáveis. Dissertação de Mestrado.* Castelo Branco : Instituto Politécnico de Castelo Branco, 2014.
- Pestana, Maria Helena e Gageiro, João Nunes. 2014.** *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS. 6ª.* Lisboa : Edições Sílabo, 2014.
- Peters, M., et al. 2020.** Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version) . [autor do livro] E. Aromataris e Z. Munn. *JB I Manual for Evidence Synthesis.* s.l. : JBI The Joanna Briggs Institute, 2020.
- Petronilho, Fernando, et al. 2010.** Caracterização do doente após evento crítico - impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais.* 2010, pp. 41-47.
- Pfrimer et al., Karina. 2015.** Avaliação e acompanhamento nutricional em idosos de uma instituição de longa permanência. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición.* 2015, Vol. 65, 2, p. 104.
- Pinto et al., Isabel. 2014.** *Polimedicação em idosos institucionalizados em lares do norte de Portugal in 2º Congresso Mundial de Investigação em Saúde.* Viseu : Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2014.
- Piovesan, Armando e Temporini, Edméa. 1995.** Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista Saúde Pública.* 1995, Vol. 29, 4, pp. 318-325.
- Pires, Vitor. 2017.** *“Lar doce Lar” - Dinâmicas e estratégias potenciadoras do Envelhecimento Ativo no idoso institucionalizado: o caso do CBESA. Dissertação de Mestrado.* Portalegre : Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre / Escola Superior de Saúde de Portalegre, 2017.
- Polit, Denise e Beck, Cheryl. 2010.** *Essentials of Nursing Research: appraising evidence for nursing practice.* 7ª. China : Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- Reis, L. e Torres, G. 2011.** Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2011, Vol. 64, 2, pp. 274-280.
- Reis, Patrícia. 2015.** *As Quedas no Idoso Institucionalizado: uma abordagem pelo core set.* Portalegre : Instituto Politécnico de Portalegre, 2015.
- Ribeiro, Jackeline. 2013.** *Avaliação do Risco para Desenvolvimento de Úlcera por Pressão em Idosos Institucionalizados. Dissertação de Mestrado.* Paraíba : Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde, 2013.
- Rica-Escuín et al., M. 2014.** Frailty and mortality or incident disability in institutionalized older adults: the FINAL study. *Maturitas.* 2014, Vol. 78, 4, pp. 329-334.
- Risco et al, E. 2015.** The association between physical dependency and the presence of neuropsychiatric symptoms, with the admission of people with dementia to a long-term care institution: A prospective observational cohort stud. *International Journal of Nursing Studies.* 2015, Vol. 52, 2015, pp. 980-987.
- Rocha, Marisa. 2012.** *Famílias clássicas do concelho de lisboa com parentes institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos para o cuidado no domicílio.* Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012.
- Rodrigues. 2015.** *Dependência no autocuidado dos idosos residentes em lar. Dissertação de mestrado.* Viseu : ESSV, 2015.

- Rodrigues, L. 2011.** *O perfil do autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes: um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado.* Porto : ESEP, 2011.
- Roig et al. , 2017.** Functional decline in nursing home residents: A prognostic study. *Plos One.* 2017, Vol. 12, 5, pp. 1-14.
- Roig et al., . 2016.** Dynamics of activities of daily living performance in institutionalized older adults: A two-year longitudinal study. *Disability and Health Journal.* 2016, Vol. 10, 2, pp. 279-285.
- Saga et al., . 2013.** Prevalence and correlates of fecal incontinence among nursing home residents: a population-based cross-sectional study. *BMC Geriatrics.* 2013, Vol. 13, 87, pp. 1-10.
- Santos et al., Vanessa. 2016.** Osteoarticular diseases and physical performance of Brazilians over 80 years old. *Revista Ciência & Saúde Coletiva.* 2016, Vol. 21, 2, pp. 423-430.
- Santos, Ana. 2013.** *Alterações da Aptidão Física, Composição Corporal e Medo de Cair de Idosos Institucionalizados. Trabalho de Projecto de Mestrado.* Bragança : Comparação entre sexos da composição corporal em idosos, 2013.
- . 2012. *Quedas em Idosos Institucionalizados.* Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2012.
- Scheffers-Barnhoorn et al., Maaïke. 2017.** A multi-component cognitive behavioural intervention for the treatment of fear of falling after hip fracture (FIT-HIP): protocol of a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics.* 2017, Vol. 17, 71, pp. 1-13.
- Schussler, S., Dassen, T. e Lohrmann, C. 2015.** Comparison of care dependency and related nursing care problems between Austrian nursing home residents with and without dementia. *European Geriatric Medicine.* 2015, Vol. 6, pp. 46-52.
- Sequeira, Carlos. 2018.** *Cuidar de idosos com dependência física e mental.* 2ª. Lisboa : Lidel - edições técnicas, 2018.
- Silva, Anabela. 2011.** *A percepção da qualidade de vida do idoso institucionalizado.* Porto : Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde, 2011.
- Silva, Catarina. 2017.** *O Sentimento De Si, A Funcionalidade E A Qualidade De Vida: A Realidade Dos Idosos Institucionalizados Da Santa Casa Da Misericórdia De Arronches. Dissertação de Mestrado.* Portalegre : Instituto Politécnico de Portalegre, 2017.
- Smanioto, F. e Haddad, M. 2011.** Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. *Revista Rene.* 2011, Vol. 12, 1, pp. 18-23.
- Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, . 2018.** *Historial da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.* Lisboa : s.n., 2018.
- Soósová, Mária. 2016.** Determinantes of Quality of Life in the Elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery.* 2016, Vol. 7, 3, pp. 484-493.
- Spirduso, Wanween. 2005.** *Dimensões físicas do envelhecimento.* São Paulo : Editora Manole, 2005.
- Talley et al., . 2014.** Factors associated with toileting disability in older adults without dementia living in residential care facilities. *Nurs Research.* 2014, Vol. 63, 2, pp. 94-104.
- Teorias biológicas do envelhecimento.* **Mota, M, Figueiredo, Pedro e Duarte, José. 2004.** 1, 2004, *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, Vol. 4, pp. 81-110.

The Nature of Nursing. **Henderson, Virginia**. 1964. 8, The American Journal of Nursing, Vol. 64, No. 8 (Aug., 1964), pp. 62-68 : s.n., 1964, The American Journal of Nursing, Vol. 64, pp. 62-68.

Theou et al., . 2016. Frailty Levels in Residential Aged Care Facilities Measured Using the Frailty Index and FRAIL-NH Scale. *The American Geriatrics Society*. 2016, Vol. 64, 11, pp. e207-e212.

Tomey, Ann Marriner e Alligood, Martha Raile. 2002. *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. Loures : Lusociência, 2002.

Tsai et al. 2018. Using an Interactive Video Simulator to Improve Certified Nursing Assistants' Dressing Assistance and Nursing Home Residents' Dressing Performance: A Pilot Study. *CIN Computers Informatics Nursing*. 2018, Vol. 36, 4, pp. 183-192.

Valcarenghi et al. 2014. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. *Revista Rene*. 2014, Vol. 15, 2, pp. 224-32.

Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Pais-Ribeiro, José, et al. 2007b**. 2, 2007b, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 25, pp. 59-66.

Vaughn et al., Stephanie. 2015. The Competency Model for Professional Rehabilitation. *Association of Rehabilitation Nurses*. 2015, pp. 1-12.

Veríssimo. 2013. *O autocuidado da pessoa institucionalizada - estudo exploratório do grande Porto*. Dissertação de mestrado. Porto : ESEP, 2013.

Vieitas, Melissa. 2015. *O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro*. Porto : Instituto Superior de Serviço Social do Porto, 2015.

Vinsnes et al., Anne. 2012. Effect of Physical Training on Urinary Incontinence: a randomized parallel group trial in nursing homes. *Clinical Interventions in Aging*. 2012, Vol. 7, pp. 45-50.

Young et al. 2017. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.

ANEXOS

ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



Draft



QUESTIONÁRIO VIVER BEM COM MAIS IDADE: DO CONTEXTO FAMILIAR AO APOIO INSTITUCIONAL

SUB- PROJETO :AVALIAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA INSTITUCIONALIZADA EM VILA NOVA FAMALICÃO

INVESTIGADORES: PROF.ª DOUTORA MARIA MANUELA FERREIRA MARTINS (COORDENADORA); PROF.ª DOUTORA NILZA NOGUEIRA.; PROF.ª DOUTORA MARIA DE FÁTIMA ARAÚJO; PROF. DOUTOR PAULO MARQUES; PROF.ª DOUTORA JÚLIA MARTINHO.

Faço aos desafios colocados pelas transformações sociodemográficas e epidemiológicas observadas no contexto nacional, a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão (VNF) orientada para a sua Missão de promover a satisfação das necessidades das comunidades locais, estabeleceu uma parceria com a Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP/ CINTESIS), com a finalidade de contribuir para uma política de articulação de assistência social e de saúde, que garanta a qualidade de vida dos maiores de 65 anos num ambiente sustentável, amigável e com segurança.

O projeto VIVER BEM COM MAIS IDADE (VB+I) integra 5 estudos, que procuram analisar de forma transversal a população idosa deste concelho (comunidade e lares), a fim de a caracterizar do ponto de vista sociodemográfico e de saúde, bem como identificar as suas principais necessidades.

Partindo dos pressupostos anteriores, e no que se refere à população institucionalizada, numa primeira fase foi implementada uma abordagem exploratória, de caracterização das instituições e da população alvo a que prestam assistência. Agora, na continuidade do planeado pretende-se conhecer o perfil dos idosos residentes em lares neste Concelho do Norte de Portugal. Para tal, impõe uma avaliação geriátrica ampla, através da aplicação de um questionário construído com base em instrumentos com reconhecida validade e fidelidade.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS IDOSOS DOS LARES

Como preencher este questionário?

As perguntas serão respondidas, preenchendo o símbolo ☐ referente à sua resposta, como mostramos no exemplo seguinte ☒. Se não quiser responder, por favor não assinala a resposta, deixe em branco ☐.

Comentários em itálico são instruções para o preenchimento.

É obrigatório o preenchimento dos dados de identificação (ID), em todos os instrumentos

1 - ID Indivíduo	<input type="text"/>	Lar	<input type="text"/>	Questionário nº	<input type="text"/>
2 - Sexo				<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Feminino
3 - Idade				<input type="text"/>	(anos completos)
4 - Estado Civil	<input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Separado			<input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viúvo(a)	
5 - Nº de filhos					
6 - Alfabetismo	Sabe ler			<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
	Sabe escrever			<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não



Draft



7 – Escolaridade (completa)		
Nenhum	<input type="radio"/>	
Ensino básico – 1º ciclo (4º ano antigo)	<input type="radio"/>	
Ensino básico – 2º ciclo (6º ano antigo)	<input type="radio"/>	
Ensino básico – 3º ciclo (9º ano antigo)	<input type="radio"/>	
Ensino secundário – 12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico)	<input type="radio"/>	
Ensino pós secundário – cursos especialização tecnológica	<input type="radio"/>	
Bacharelato	<input type="radio"/>	
Licenciatura	<input type="radio"/>	
Mestrado	<input type="radio"/>	
Doutoramento	<input type="radio"/>	
8 - Há quanto tempo está na Instituição	<input type="text"/>	(meses completos)
9 - Número de medicamentos diários (à data do questionário)		
Nenhum	<input type="radio"/>	
Um	<input type="radio"/>	
Dois	<input type="radio"/>	
Três	<input type="radio"/>	
Quatro	<input type="radio"/>	
Cinco ou mais >=5	<input type="radio"/>	
10 – Doenças: Identificar apenas o(s) diagnóstico(s) que constam no processo clínico (Pode assinalar mais que uma opção)		
	Sim	Não
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença osteoarticular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença de Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença cerebrovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras doenças cardiovasculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença oftalmológica	<input type="radio"/> Cataratas	<input type="radio"/> Retinopatia diabética
	<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Não
	Sim	Não
Demência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síndromes Vertiginosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinência urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinência fecal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença oncológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença respiratória (DPOC, asma, bronquite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de auxiliar de marcha	<input type="radio"/> Canadianas	<input type="radio"/> Cadeira de rodas
	<input type="radio"/> Bengala	<input type="radio"/> Tripe
	<input type="radio"/> Andarilho	<input type="radio"/> Não
Fatores extrínsecos de quedas	<input type="radio"/> Escadas	<input type="radio"/> Piso desnívelado
	<input type="radio"/> Obstáculos no percurso	<input type="radio"/> Não sabe
Avaliação do Risco de Queda (protocolizada na Instituição)		
Se sim, qual o instrumento utilizado?		

11 - Quedas																									
11.1 No último ano, quantas vezes caiu?																									
Nenhuma (passar à questão 12)	<input type="radio"/>																								
Uma vez	<input type="radio"/>																								
Duas vezes	<input type="radio"/>																								
Três ou mais vezes	<input type="radio"/>																								
11.2 Lesões resultantes da última queda																									
Nenhuma	<input type="radio"/>																								
Fraturas	<input type="radio"/>																								
Escoriação	<input type="radio"/>																								
Contusão	<input type="radio"/>																								
Laceração	<input type="radio"/>																								
Alteração da consciência	<input type="radio"/>																								
11.3 Local de ocorrência da última queda <input type="radio"/> Lar <input type="radio"/> Transportes públicos <input type="radio"/> Rua																									
Se a queda ocorreu no lar, qual o local?	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div> <div>(ex: casa de banho, quarto, sala de jantar, escadas...)</div>																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Administração</th> <th>Instruções específicas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>1. Obter a atenção do doente.</p> <p>Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas.</p> <p>Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.</p> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Permitir três tentativas ao doente e em ir para o próximo item. As seguintes listas de palavras foram usadas no estudo clínico: 4-3 <table> <tr> <td>Versão 1</td> <td>Versão 3</td> </tr> <tr> <td>Banana</td> <td>Vita</td> </tr> <tr> <td>Nascer do sol</td> <td>Cordão</td> </tr> <tr> <td>Cadeira</td> <td>Boia</td> </tr> </table> <table> <tr> <td>Versão 2</td> <td>Versão 4</td> </tr> <tr> <td>Filha</td> <td>Suporte</td> </tr> <tr> <td>Paralelo</td> <td>Carro</td> </tr> <tr> <td>Montanha</td> <td>Chapéu</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td> <p>2. Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio.</p> <p>Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).</p> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio com ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00). A pontuação é dada de acordo com a seguinte escala: </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>3. Pedir ao doente para recordar-se das três palavras.</p> </td> </tr> </tbody> </table>		Administração	Instruções específicas	<p>1. Obter a atenção do doente.</p> <p>Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas.</p> <p>Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Permitir três tentativas ao doente e em ir para o próximo item. As seguintes listas de palavras foram usadas no estudo clínico: 4-3 <table> <tr> <td>Versão 1</td> <td>Versão 3</td> </tr> <tr> <td>Banana</td> <td>Vita</td> </tr> <tr> <td>Nascer do sol</td> <td>Cordão</td> </tr> <tr> <td>Cadeira</td> <td>Boia</td> </tr> </table> <table> <tr> <td>Versão 2</td> <td>Versão 4</td> </tr> <tr> <td>Filha</td> <td>Suporte</td> </tr> <tr> <td>Paralelo</td> <td>Carro</td> </tr> <tr> <td>Montanha</td> <td>Chapéu</td> </tr> </table>	Versão 1	Versão 3	Banana	Vita	Nascer do sol	Cordão	Cadeira	Boia	Versão 2	Versão 4	Filha	Suporte	Paralelo	Carro	Montanha	Chapéu	<p>2. Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio.</p> <p>Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio com ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00). A pontuação é dada de acordo com a seguinte escala: 	<p>3. Pedir ao doente para recordar-se das três palavras.</p>	
Administração	Instruções específicas																								
<p>1. Obter a atenção do doente.</p> <p>Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas.</p> <p>Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Permitir três tentativas ao doente e em ir para o próximo item. As seguintes listas de palavras foram usadas no estudo clínico: 4-3 <table> <tr> <td>Versão 1</td> <td>Versão 3</td> </tr> <tr> <td>Banana</td> <td>Vita</td> </tr> <tr> <td>Nascer do sol</td> <td>Cordão</td> </tr> <tr> <td>Cadeira</td> <td>Boia</td> </tr> </table> <table> <tr> <td>Versão 2</td> <td>Versão 4</td> </tr> <tr> <td>Filha</td> <td>Suporte</td> </tr> <tr> <td>Paralelo</td> <td>Carro</td> </tr> <tr> <td>Montanha</td> <td>Chapéu</td> </tr> </table>	Versão 1	Versão 3	Banana	Vita	Nascer do sol	Cordão	Cadeira	Boia	Versão 2	Versão 4	Filha	Suporte	Paralelo	Carro	Montanha	Chapéu								
Versão 1	Versão 3																								
Banana	Vita																								
Nascer do sol	Cordão																								
Cadeira	Boia																								
Versão 2	Versão 4																								
Filha	Suporte																								
Paralelo	Carro																								
Montanha	Chapéu																								
<p>2. Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio.</p> <p>Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio com ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00). A pontuação é dada de acordo com a seguinte escala: 																								
<p>3. Pedir ao doente para recordar-se das três palavras.</p>																									
Pontuação																									
3 palavras recordadas																									
1-2 palavras recordadas = normal																									
1-2 palavras recordadas = anormal																									
0 palavras recordadas																									



Draft



Avaliação da Nutrição segundo o MNA (Kaiser, et al. 2009)	
13. 1 – Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade de mastigar ou deglutir?	<input type="radio"/> Diminuição grave da ingestão <input type="radio"/> Diminuição moderada da ingestão <input type="radio"/> Sem diminuição da ingestão
13. 2 – Perda de peso nos últimos 3 meses	<input type="radio"/> Superior a três quilos <input type="radio"/> Não sabe informar <input type="radio"/> Entre um a três quilos <input type="radio"/> Sem perda de peso
13. 3 – Mobilidade	<input type="radio"/> Restrito ao leito ou à cadeira de rodas <input type="radio"/> Deambula mas não é capaz de sair de casa <input type="radio"/> Normal
13. 4 – Passou algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
13. 5 – Problemas neuropsicológicos	<input type="radio"/> Demência ou depressão grave <input type="radio"/> Demência ligeira <input type="radio"/> Sem problemas psicológicos
13. 6 – Índice de Massa Corporal (IMC – peso [Kg]/ estatura [m ²])	
<div></div> <div>Se IMC não disponível, substituir a questão 13.6 pela questão 13.7 Não responder à questão 13.6 se a questão 13.6 for "Não sabe informar"</div>	
13. 7 – Circunferência da perna (CP) em cm	<input type="radio"/> CP menor que 31 <input type="radio"/> CP maior ou igual a 31
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	
12-14 pontos: estado nutricional normal	
8-11 pontos: sob risco de desnutrição	
0-7 pontos: desnutrido	



Draft



15 – Avaliação da Dependência do Autocuidado (FADA) (Pereira, 2014)				
15.1. Autocuidado: Andar	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.1.1. Suporta o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.1.2. Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.1.3. Percorre distâncias moderadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.2. Autocuidado: Transferir-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.2.1. Transferir-se da cama para a cadeira/cadeira e da cadeira/cadeira para a cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.3. Autocuidado: Virar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.3.1 Move o corpo, virando-se de um lado para o outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.4. Autocuidado: Elevar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.4.1. Levantar parte do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.5. Autocuidado: Uso do sanitário	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.5.1. Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.5.2. Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.5.3. Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6. Autocuidado: Alimentar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.6.1. Prepara os alimentos para a ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6.2. Abre os recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6.3. Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6.4. Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.7. Autocuidado: Arranjar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.7.1. Pentela ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.7.2. Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.7.3. Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.7.4. Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8. Autocuidado: Vestir-se/Despir-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.8.1. Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8.2. Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8.3. Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8.4. Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8.5. Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.9. Tomar Banho	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.9.1. Obtém objetos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.9.2. Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.9.3. Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Draft



1					
16. Motivo da institucionalização do idoso (Pode assinalar mais que uma opção)					
	Sim	Não			
16.1 Diagnóstico médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
16.2 Limitação na Atividade de Vida Diária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
16.3 Morar só	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
16.4 Estado civil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
16.5 Situação mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
16.6 Ausência de suportes sociais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
16.7 Ausência/fragilidade na rede suporte familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
16.8 Situação de pobreza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
16.9 Vontade própria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
16.10 Outras:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
17. A pessoa participa nas atividades de lazer – Ler, TV, Música, dançar, passear, natação, ginástica, jardinagem, horticultura, tricotar, cartas, conversar. <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Moderadamente <input type="radio"/> Frequentemente					
PARTE 2 (preenchimento pelo idoso)					
18. Em sua opinião tem medo de cair?					
18.1. Em sua opinião tem medo de cair?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não			
19. Avaliar o relacionamento com a família – Índice de Relações Familiares (IRF) (Hudson Walter, 1993; Pereira, Roncon, e Rotos, 2007) avaliar apenas nos idosos sem compromisso cognitivo na avaliação do MINI-COG)					
	Nunca	Raramente	Às vezes	A maior parte das vezes	Sempre
19.1 Eu penso que a minha família é fantástica. uns com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.2 Eu penso que a minha família é fantástica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.3 A minha família enerva-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.4 Eu gosto da minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.5 Eu posso realmente contar com a minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.6 Eu não gosto realmente de estar com a minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.7 Eu gostava de não fazer parte desta família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.8 Eu dou-me bem com a minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.9 Os membros da minha família disculem muito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.10 Não há sentimento de união na minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.11 Sinto-me como um estranho na minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.12 A minha família não me compreende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.13 Há de mais lado ódio na minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Raramente	Às vezes	A maior parte das vezes	Sempre
19.14 Os membros da minha família são realmente bons uns para os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.15 A minha família é respeitada por aqueles que nos conhecem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.16 Parece existir muito alívio na minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.17 Existe muito amor na minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.18 Os membros da minha família dão-se bem uns com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.19 Viver na minha família é geralmente desagradável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.20 A minha família representa uma grande alegria para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.21 Eu sinto orgulho da minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.22 Outras famílias parecem entender-se melhor do que a nossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.23 A minha família é uma verdadeira fonte de conforto para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.24 Eu sinto-me posto (a) de parte na minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.25 A minha família é infeliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20- Auto percepção da saúde (MINI-COG)					
20.1 Como percebe a sua Saúde?	<input type="radio"/> Muito má	<input type="radio"/> Má	<input type="radio"/> Razoável	<input type="radio"/> Boa	<input type="radio"/> Muito boa
20.2 Quando comparado com outras pessoas da sua Idade (família, vizinhos, ...) considera a sua saúde	<input type="radio"/> Muito pior	<input type="radio"/> Pior	<input type="radio"/> Igual	<input type="radio"/> Melhor	<input type="radio"/> Muito Melhor
20.3 Como considera a sua Qualidade de Vida?	<input type="radio"/> Muito má	<input type="radio"/> Má	<input type="radio"/> Razoável	<input type="radio"/> Boa	<input type="radio"/> Muito boa
20.4 Qual a sua satisfação com a vida?	<input type="radio"/> Muito má	<input type="radio"/> Má	<input type="radio"/> Razoável	<input type="radio"/> Boa	<input type="radio"/> Muito boa

Fim do preenchimento

Obrigado pela sua colaboração,